



**Maria José da Cunha
Ferreira**

**Supervisão e Desenvolvimento de Competências na
Relação de Ajuda em Enfermagem**



**Maria José da Cunha
Ferreira**

**Supervisão e Desenvolvimento de Competências na
Relação de Ajuda em Enfermagem**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Supervisão, realizada sob a orientação científica da Prof. ^a Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira, Professora Auxiliar do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro e co-orientação do Prof. Doutor Daniel Marques da Silva, Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Viseu.

o júri

presidente

Prof. ^a Doutora Maria Helena Gouveia Fernandes Teixeira Pedrosa de Jesus
professora associada da Universidade de Aveiro

Prof. ^a Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira
professora auxiliar da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Daniel Marques da Silva
professor coordenador da Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Viseu

Prof. Doutor Nuno Manuel Gameiro Rebelo dos Santos
professor auxiliar da Universidade de Évora

Prof. ^a Doutora Maria da Conceição Almeida Martins
professora coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Viseu

agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Anabela Pereira, o meu reconhecimento e profundo agradecimento pela sua dedicação, o seu saber e rigor científico. Foi para mim de grande enriquecimento ter-me acompanhado nesta caminhada.

Ao co-orientador Professor Doutor Daniel Silva, pela sua disponibilidade, simpatia, rigor científico e pertinentes críticas.

À amiga Ana Albuquerque Queirós pelos seus valiosos contributos científicos, disponibilidade e apoio.

Ao Prof. Loureiro pela sua ajuda e disponibilidade.

À Susana e ao Jorge pela permanente disponibilidade oferecida, ajuda e simpatia.

Às amigas Célia Caldeira e Eliane Cruz pelos seus contributos na revisão do trabalho.

À minha irmã Virgínia um agradecimento especial pela ajuda prestada nas traduções.

À minha sogra Maria Alves pela sua ajuda e compreensão.

Ao Alfredo um agradecimento muito especial pela sua paciência, compreensão e ânimo, extensivo também à Matilde pelas minhas longas ausências.

A todos as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho. A todos muito obrigada.

palavras chave

Supervisão clínica, desenvolvimento de competências na relação de ajuda

resumo

O relacionamento estabelecido entre o enfermeiro e o utente é uma variável que interfere no seu bem-estar e nos resultados da sua recuperação. Neste contexto a supervisão clínica das competências relacionais do enfermeiro surge como um garante da melhoria dos cuidados prestados.

Consideramos como objectivo primordial deste estudo compreender a valorização que os enfermeiros atribuem à supervisão clínica das competências relacionais aquando o desenvolvimento de relação de ajuda em enfermagem. É um estudo de natureza correlacional em que a abordagem metodológica utilizada é essencialmente quantitativa.

Foi aplicado um questionário a 187 enfermeiros que frequentavam o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem em quatro Escolas Superiores de Enfermagem de diferentes zonas do País, sendo a maioria da amostra formada por enfermeiros do género feminino. O questionário utilizado incluía uma escala na área da relação de ajuda que foi a primeira vez utilizada na população portuguesa.

Os resultados obtidos permitem concluir que são os enfermeiros que exercem a sua actividade na área dos cuidados de saúde primários que desenvolvem mais frequentemente a relação de ajuda, comparativamente com os enfermeiros que desempenham a sua actividade nos cuidados diferenciados. Também são os mesmos enfermeiros que parecem valorizar mais a supervisão clínica.

Verificamos também que as características que os enfermeiros mais desejam ver no seu supervisor são a Empatia, a Imparcialidade e a Justiça.

A aposta na implementação de programas de formação, a nível da formação inicial como contínua, acerca da relação de ajuda e das competências relacionais foi por nós considerada premente. Assim como na área da supervisão clínica, uma vez que alguns profissionais não reconhecerem esta ferramenta como essencial nos processos formativos dos profissionais e outros tentam desenvolver-la sem no entanto possuírem formação adequada para tal. Neste sentido é apresentado uma proposta de modelo conceptual de supervisão das competências relacionais.

Consideramos também que os resultados de um maior número de estudos nesta temática vem contribuir para uma melhor compreensão da supervisão e reforçar o seu contributo na melhoria dos cuidados a prestar ao cidadão.

keywords

Clinical supervision, development of abilities concerning relationship of help

abstract

The relationship established between the nurse and the patient is a variable which plays a role in the patient's well being and recuperation results. Within this context, the nurse's clinical supervision of their interrelationship ability arises as a guarantee of better care.

We consider as a prime objective of this study the importance that nurses attribute to clinical supervision of their ability to relate in the development of the aid relationship in nursing. This is a correlational study in which the methodological approach used is essentially quantitative.

A survey was taken; 187 nurses attending the Degree of Additional Training in Nursing in four schools of Higher Learning in Nursing from different parts of the country were questioned. The majority of the people sampled were female. The survey used included a scale in the area of aid relationship which was used on the Portuguese population for the first time.

The results obtained allow for the conclusion that nurses who work in primary health care more often develop aid relationship skills in comparison with those who work in other kinds of care. Those same nurses seem to value clinical supervision more.

We also verified that the characteristics nurses most value to see in their superiors were: empathy, impartiality and fairness.

The need for the implementation of training programs at an initial and on-going level in what concerns aid relationship and the ability to relate is pressing, along with clinical supervision, given the fact that some professionals did not recognise this tool as being essential in the educational training of professionals, while others try to develop it without having adequate training. In this sense a proposal is presented for a conceptual method of the supervision of the ability to relate is presented at the end of the work.

We also consider that the results of a larger number of studies in the field will contribute to a better understanding of supervision, and reinforce its contribution to the improvement of care given to citizens.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. Introdução

Erro! Marcador não definido.

PARTE I ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

CAPÍTULO 2. Contextualização da Relação de Ajuda em Enfermagem

Erro! Marcador não definido.

2.1 Breve Abordagem sobre Algumas Escolas de Pensamento em Enfermagem

Erro! Marcador não definido.

2.2 Enfermagem como Ciência do Cuidar Humano

Erro! Marcador não definido.

2.3 Relação de Ajuda na Prática do Cuidar em Enfermagem

Erro! Marcador não definido.

2.3.1 Especificidades da relação de ajuda

Erro! Marcador não definido.

2.4 O Papel do Enfermeiro na Promoção do Desenvolvimento de Competências

Erro! Marcador não definido.

2.4.1 Competências relacionais do enfermeiro

Erro! Marcador não definido.

2.4.2 Competências pessoais do enfermeiro

Erro! Marcador não definido.

CAPÍTULO 3. A Satisfação Social como Suporte Social

Erro! Marcador não definido.

3.1 Conceitos de Suporte Social

Erro! Marcador não definido.

3.2 Componentes e Dimensões do Suporte Social

Erro! Marcador não definido.

3.3 Suporte Social e Saúde dos Indivíduos

Erro! Marcador não definido.

CAPÍTULO 4. Supervisão Clínica em Enfermagem

Erro! Marcador não definido.

4.1 Conceitos e Estratégias de Supervisão

Erro! Marcador não definido.

4.1.1 A Competência Reflexiva

Erro! Marcador não definido.

4.2 Cenário de Supervisão Não Standard

Erro! Marcador não definido.

4.3 Perspectiva Histórica da Supervisão Clínica em Enfermagem

Erro! Marcador não definido.

4.4 Modelos de Supervisão Clínica em Enfermagem

Erro! Marcador não definido.

PARTE II CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO 5. Metodologia do Estudo

5.1	Tipo de Estudo	Erro! Marcador não definido.
5.2	Objectivos do Estudo	Erro! Marcador não definido.
5.3	Questões de Investigação	Erro! Marcador não definido.
5.4	Hipóteses e Variáveis do Estudo	Erro! Marcador não definido.
5.5	A Amostra	Erro! Marcador não definido.
5.5.1	A Amostra do Estudo 1	Erro! Marcador não definido.
5.5.2	A Amostra do Estudo 2	Erro! Marcador não definido.
5.6	Instrumento de Colheita de Dados	Erro! Marcador não definido.
5.7	Estudo Psicométrico da Escalas	Erro! Marcador não definido.
5.8	Procedimentos	Erro! Marcador não definido.
5.8.1	Procedimentos do Estudo 1	Erro! Marcador não definido.
5.8.2	Procedimentos do Estudo 2	Erro! Marcador não definido.
5.9	Análise dos Dados	Erro! Marcador não definido.
5.9.1	Análise dos dados do Estudo 1	Erro! Marcador não definido.
5.9.2	Análise dos dados do Estudo 2	Erro! Marcador não definido.

CAPÍTULO 6. Apresentação e Discussão dos Resultados Erro! Marcador não definido.

6.1	Resultados de Estudo Exploratório - Estudo 1	Erro! Marcador não definido.
6.1.1	Caracterização sócio-profissional dos enfermeiros	Erro! Marcador não definido.
6.1.2	Formação específica dos enfermeiros na área da relação de ajuda e supervisão clínica	Erro! Marcador não definido.
6.1.3	. Dimensões de supervisão clínica mais valorizadas pelos enfermeiros	Erro! Marcador não definido.

6.1.4 Dimensões de relação de ajuda mais desenvolvidas pelos enfermeiros
Erro! Marcador não definido.

6.1.5 Estado de saúde dos enfermeiros e sua influência nos seus relacionamentos sociais e profissionais **Erro! Marcador não definido.**

6.1.6 Suportes sociais mais valorizados pelos enfermeiros **Erro! Marcador não definido.**

6.1.7 Características do Enf. Supervisor face às competências relacionais **Erro! Marcador não definido.**

6.2 Resultados do Estudo da Supervisão das Competências - Estudo 2 **Erro! Marcador não definido.**

6.2.1 Caracterização sócio – profissional dos enfermeiros **Erro! Marcador não definido.**

6.2.2 Formação específica dos enfermeiros na área da relação de ajuda e supervisão clínica **Erro! Marcador não definido.**

6.2.3 Dimensões de supervisão clínica mais valorizadas pelos enfermeiros **Erro! Marcador não definido.**

6.2.4 Dimensões de relação de ajuda mais desenvolvidas pelos enfermeiros
Erro! Marcador não definido.

6.2.5 Estado de saúde dos enfermeiros e sua influência nos seus relacionamentos sociais e profissionais **Erro! Marcador não definido.**

6.2.6 Suportes sociais mais valorizados pelos enfermeiros **Erro! Marcador não definido.**

6.2.7 Características do Enf. Supervisor face às competências relacionais **Erro! Marcador não definido.**

6.2.8 Síntese dos resultados e discussão: testes de hipóteses **Erro! Marcador não definido.**

CAPÍTULO 7. Conclusões

Erro! Marcador não definido.

7.1	Principais Conclusões	Erro! Marcador não definido.
7.2	Limitações do Estudo	Erro! Marcador não definido.
7.3	Recomendações	Erro! Marcador não definido.
7.4	Proposta de um Modelo Conceptual de Supervisão das Competências Relacionais	Erro! Marcador não definido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Erro! Marcador não definido.

ANEXOS

Erro! Marcador não definido.

ANEXO I – Instrumento de colheita de dados **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO II – *Empatic Understanding Scale*, de Hiroko Nagano **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO III – Carta de autorização do autor da Escala Hiroko Nagano, para sua adaptação e utilização à população portuguesa **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO IV – Versão experimental da consistência interna da escala de ESU **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO V – Grelha do método de reflexão falada **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO VI – Carta de autorização das instituições para recolha de dados **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO VII – Grelha de categorias de respostas à questão 4.13 (II Parte) do instrumento de colheita de dados – Estudo 2 **Erro! Marcador não definido.**

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Cronologia das concepções de enfermagem segundo as diferentes Escolas de Pensamento - *In: Kerouac et al. (2005:27)* **Erro! Marcador não definido.**

Figura 2 - Ambiente ecológico do desenvolvimento humano. *In: Portugal (1992:40)* **Erro! Marcador não definido.**

ÍNDICE DE QUADROS

- Quadro 1 - Algumas características da forma de actuação do enfermeiro, de acordo com a orientação predominante. *In*: Ribeiro (1995:39) **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 2 - Díades e sua caracterização. *In*: Bronfenbrenner citado por Portugal (1992) **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 3 - Ciclo do processo de supervisão clínica de acordo com o modelo de Nicklin. Adaptado de Nicklin (1997) **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 4 - Distribuição da amostra de acordo com o género – Estudo 1 **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 5 - Distribuição da amostra de acordo com a idade – Estudo 1 **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 6 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com o género (N = 187) – Estudo 2 **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 7 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com a idade (N = 187) – Estudo 2 **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 8 - Análise de consistência dos itens da ESU. Inclui médias, desvios padrões e correlação item total corrigida, bem como o valor do α se apagado o item (N = 187) **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 9 - Matriz de saturação dos itens para solução não rodada (N = 187) da ESU. Inclui valores próprios (eigenvalue); % da variância explicada **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 10 - Análise de consistência dos itens da ERA. Inclui médias, desvios padrões e correlação item total corrigida, bem como o valor do α se apagado o item (N = 187) **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 11 - Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal VARIMAX com 4 factores (N = 187) da ERA. Inclui valores próprios (eigenvalue); % da variância explicada e % cumulativa **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 12 - Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal VARIMAX com 4 factores da ERA; Inclui % da variância explicada e % cumulativa **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 13 - Análise de consistência dos itens da ESS. Inclui médias, desvios padrões e correlação item total corrigida, bem como o valor do α se apagado o item (N = 187) **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 14 - Análise de consistência dos itens da ESS. Inclui médias, desvios padrões e correlação item total corrigida, bem como o valor do α se apagado o item (N = 187) **Erro! Marcador não definido.**

- Quadro 15 - Grelha que serviu de apoio à análise dos dados recolhidos mediante o método de análise de conteúdo **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 16 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com as características sócio-profissionais (N = 17) – Estudo 1 **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 17 - Distribuição da amostra de acordo com o tempo de serviço na instituição e o tempo de exercício profissional – Estudo 1 **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 18 - Distribuição da amostra de acordo com a formação em relação de ajuda por género – Estudo 1 **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 19 - Distribuição da amostra, por número e percentagem de respostas, quanto à formação em relação de ajuda (N=17) – Estudo 1 **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 20 - Distribuição da amostra quanto ao ano da formação em relação de ajuda – Estudo 1 **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 21 - Distribuição da amostra quanto à formação em supervisão, em função da categoria profissional – Estudo 1 **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 22 - Distribuição da amostra quanto à experiência em supervisão, em função da categoria profissional – Estudo 1 **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 23 - Distribuição da amostra de acordo com as dimensões mais valorizadas pelos enfermeiros relativamente à supervisão – Estudo 1 (escala ESU) **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 24 - Distribuição da amostra de acordo com as dimensões mais valorizadas pelos enfermeiros na área da relação de ajuda – Estudo 1 (escala ERA) **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 25 - Distribuição da amostra por género e percepção dos enfermeiros quanto à sua saúde – Estudo 1 **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 26 - Distribuição da amostra por género e influência do estado de saúde dos enfermeiros face ao relacionamento social – Estudo 1 **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 27 - Distribuição da amostra por género e influência do estado de saúde dos enfermeiros face ao relacionamento profissional – Estudo 1 **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 28 - Distribuição da amostra de acordo com a percepção que os enfermeiros têm face ao seu suporte social – Estudo 1 (Escala ESS) **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 29 - Características do Enfermeiro Supervisor atribuídas pelos sujeitos da amostra – Estudo 1 **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 30 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com as características sócio-demográficas (N = 187) – Estudo 2 **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 31 - Estatísticas resumo das variáveis tempo de serviço na instituição e tempo de exercício profissional (N = 187) – Estudo 2 **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 32 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com as características sócio-profissionais por género (N = 187) – Estudo 2 **Erro! Marcador não definido.**

Quadro 33 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com a formação em relação de ajuda (N = 187) – Estudo 2	Erro! Marcador não definido.
Quadro 34 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com a formação e experiência em Supervisão (N = 187)	Erro! Marcador não definido.
Quadro 35 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com a categoria profissional e a formação em supervisão (N = 187)	Erro! Marcador não definido.
Quadro 36 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com a categoria profissional e a experiência como supervisor (N = 187)	Erro! Marcador não definido.
Quadro 37 - Estatísticas resumo para os itens da ESU (N = 187)	Erro! Marcador não definido.
Quadro 38 - Resumo das dimensões da ERA (N = 187)	Erro! Marcador não definido.
Quadro 39 - Estatísticas resumo para os itens da SSG (N = 187)	Erro! Marcador não definido.
Quadro 40 - Estatísticas resumo para os factores da ESS (N = 187)	Erro! Marcador não definido.
Quadro 41 - Categorização das respostas à questão 4.13 (II Parte do instrumento de colheita de dados) – Estudo 2	Erro! Marcador não definido.
Quadro 42 - Resultados da aplicação do teste t para grupos independentes Factor: nível prestação cuidados; V.D.: factores e total da ERA	Erro! Marcador não definido.
Quadro 43 - Resultados da aplicação do teste t para grupos independentes Factor: género; V.D.: factores e total da ERA	Erro! Marcador não definido.
Quadro 44 - Análise de Variância de um critério Factor: estado civil; Variáveis dependente: factores e total da ERA	Erro! Marcador não definido.
Quadro 45 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre as dimensões e pontuação total da ERA e a idade dos enfermeiros. Testes bicaudais (N = 187)	Erro! Marcador não definido.
Quadro 46 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre as dimensões e pontuação total da ERA e as Dimensões e total da ESS. Testes bicaudais (N = 187)	Erro! Marcador não definido.
Quadro 47 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre as dimensões e pontuação total da ERA e os itens da SSG e ESS Testes bicaudais (N= 187)	Erro! Marcador não definido.
Quadro 48 - Resultados da aplicação do teste t para grupos independentes Factor: género; V.D.: pontuação total da ESU	Erro! Marcador não definido.
Quadro 49 - Análise de Variância de um critério Factor: estado civil; Variáveis dependente: pontuação total da ESU	Erro! Marcador não definido.

- Quadro 50 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre a pontuação total da ESU e a idade. Testes bicaudais (N = 187) **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 51 - Análise de Variância de um critério Factor: tempo exercício profissional; Variáveis dependente: pontuação total da ESU **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 52 - Resultados da aplicação do teste t para grupos independentes Factor: nível prestação cuidados; V.D.: pontuação total da ESU **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 53 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre a pontuação total da ESU e os itens da SSG. Testes bicaudais (N = 187) **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 54 - Análise de Variância de um critério Factor: estado civil; Variáveis dependente: factores e total da ESS **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 55 - Análise de Variância de um critério. Factor: estado civil; Variáveis dependente: itens da SSG **Erro! Marcador não definido.**
- Quadro 56 - Interacção de formação e desenvolvimento **Erro! Marcador não definido.**

CAPÍTULO 1. Introdução

Ao longo das últimas décadas a enfermagem passou por mudanças revolucionárias ao nível da formação e da concepção dos cuidados de enfermagem.

A transformação rápida e profunda a vários níveis da sociedade e a tomada de consciência dos cidadãos dos seus direitos, assim como o crescente acesso à informação, acarreta uma maior exigência na qualidade dos cuidados a prestar ao cidadão, tal como à própria natureza dos cuidados de enfermagem.

Em detrimento do paradigma médico/tecnológico até há pouco tempo dominante, actualmente a enfermagem articula valores que realçam o Homem pelo humano processo de cuidar. Presentemente a enfermagem estabelece como primazia o paradigma do cuidar, assentando os seus pilares num relacionamento interpessoal com o utente exigente, que determina como propósito colocar a pessoa doente nas melhores condições, contribuindo positivamente para a sua recuperação.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) publicado no Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro considera que o exercício dos enfermeiros se distingue em dois tipos de intervenções:

- § As iniciadas por outros técnicos da equipa, intervenções interdependentes;
- § As iniciadas pela prescrição do enfermeiro, intervenções autónomas, como a relação interpessoal entre enfermeiro/utente ou entre enfermeiro/família, grupos e comunidade.

O relacionamento que o enfermeiro desenvolve com o utente requer uma expressão e reconhecimento das competências relacionais. Mas no desenvolvimento destas competências, na prática do *cuidar*, na opinião de Gameiro (1999), não deveriam ser só os enfermeiros a estar habilitados a tal, mas também todos os profissionais de saúde. Procurando-se dar uma resposta multifacetada às necessidades do utente, quer seja em internamentos quer em

consultas de seguimento, torna-se necessário que os profissionais desenvolvam essas competências. Nesta linha de pensamento, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) tem vindo a promover uma orientação mais humanista dos serviços a fim de desenvolver, numa perspectiva holística, a melhoria dos cuidados de saúde a prestar ao cidadão. Verifica-se assim que actualmente a vertente da humanização tem vindo a reflectir-se em todos os sectores da saúde.

Vários estudos têm sido realizados na área da satisfação dos utentes onde se destaca o do Departamento de Psicologia da Universidade do Minho, que em parceria com a Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte realizou um estudo aprofundado entre 1997 e 2000, no sentido de avaliar a satisfação dos utentes nos serviços de saúde, não só numa perspectiva global, mas também nalgumas dimensões específicas, nomeadamente as relações interpessoais. Os resultados demonstraram que esses utentes estavam insatisfeitos com as dimensões mais humanas do atendimento.

Diversos autores, incluindo Queirós (2004), defendem que no relacionamento que o enfermeiro desenvolve com o utente, a *interacção especial* que se estabelece entre alguém que ajuda e alguém que recebe a ajuda, é uma variável que interfere nos resultados da recuperação, bem-estar e melhoria da condição da pessoa ao longo das suas experiências vitais. Esta *interacção especial* é denominada de *relação de ajuda*.

Este conceito, segundo Lazure (1994), é o eixo principal no qual gravitam os cuidados de enfermagem, essenciais para que os processos físicos, mentais, sociais e espirituais dos doentes sejam orientados para a recuperação, reparação, e renovação do ser humano.

No desenvolvimento da *relação de ajuda* entre enfermeiro/utente a Supervisão Clínica assume um papel essencial como garante de qualidade dos cuidados. A Supervisão Clínica é um processo de formação e acompanhamento, não apenas durante a componente clínica da formação inicial, mas também no exercício da prática profissional, que tem como intuito promover o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, a seguranças das práticas e a melhoria da qualidade.

A Supervisão Clínica está sem dúvida relacionada com o investimento na qualidade das práticas e visa a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente nas instituições de saúde, através de um processo intrapessoal e interpessoal de formação profissional. Abreu (2002) considera a Supervisão Clínica como um relacionamento profissional centrado na exigência, na formação, no desenvolvimento profissional e pessoal, que requer uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas, orientadas por um profissional mais qualificado. Requer ainda reflexão sobre o desenvolvimento de competências relacionais dos enfermeiros.

Neste sentido, a pertinência deste estudo reside no pressuposto de que a Supervisão Clínica do relacionamento que o enfermeiro desenvolve com o utente/doente e as competências de natureza relacional que utiliza contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Nos últimos anos temos assistido a um aumento significativo de investigações na área da relação de ajuda. Os seus resultados são orientadores para o desenvolvimento de metodologias inovadoras de cuidados direccionados para a pessoa e a família, para o desenvolvimento do conhecimento na área do cuidar em saúde, assim como para a procura de respostas para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar das pessoas. A leitura desses estudos contribuiu para a decisão de optarmos por centrar este estudo nesta temática.

Também pela extrema importância que a dimensão relacional nos cuidados de enfermagem assume e pela preocupação da investigadora nestas questões, devido à sua própria experiência enquanto utente. Depois de ter *vestido a pele* do utente em determinada fase da vida, de a ter sentido e experienciado por alguns largos meses, iniciou-se um processo de atribuição de uma maior importância ao utente e sensibilização para as suas preocupações, ansiedades, receios, medos e sofrimento. Por outras palavras, iniciou-se um processo de maior valorização ao desenvolvimento da relação de ajuda e ao cuidar, à verdadeira essência da enfermagem.

É no desenvolvimento de um relacionamento estabelecido entre enfermeiro/utente que a investigadora deste estudo se centrou. No cuidar, nas relações humanas e na Supervisão Clínica deste processo.

Consideramos ainda relevante estudar uma outra variável, suporte social e conhecer a relação existente entre o desenvolvimento da relação de ajuda entre enfermeiro e utente e suporte social que os profissionais possuem.

Deste modo, no âmbito do Mestrado em Supervisão propomo-nos fazer esta investigação, que se intitula – “*Supervisão e Desenvolvimento de Competências na Relação de Ajuda em Enfermagem*”, que tem objectivo geral compreender a valorização que os enfermeiros atribuem à supervisão clínica das competências relacionais aquando o desenvolvimento da relação de ajuda em enfermagem.

Podemos adiantar que este estudo se encontra organizado em duas partes. Na primeira parte, Enquadramento Teórico do Estudo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica da actualidade referente às áreas centrais deste estudo que conduziram a revisão da literatura. Assim o Capítulo 1 refere-se à introdução do estudo, o Capítulo 2 à relação de ajuda em enfermagem, iniciando por uma breve abordagem a algumas escolas de pensamento e o Capítulo 3 à importância do Suporte Social como valioso contributo para o bem-estar pessoal e profissional dos indivíduos. O Capítulo 4 destina-se à supervisão clínica em enfermagem. Este capítulo inicia com a definição de conceitos de supervisão e algumas estratégias, posteriormente aborda a competência reflexiva. Na última parte deste capítulo faz-se uma perspectiva histórica da supervisão clínica em enfermagem e dos modelos supervisivos.

A segunda parte, Contribuição Empírica, continua com o Capítulo 5, onde é descrita toda a metodologia deste trabalho, tanto para o Estudo 1 como para o Estudo 2. Segue-se o Capítulo 6 com a apresentação e discussão dos resultados de ambos os estudos e finalmente o Capítulo 7 aborda as principais conclusões do estudo, as suas limitações e são tecidas algumas recomendações consideradas pertinentes.

O último ponto deste capítulo destina-se à apresentação de uma proposta de modelo conceptual de supervisão das competências relacionais. Este modelo é uma proposta de um modelo explicativo, que foi realizado com base na experiência profissional do investigador, na revisão da literatura efectuada e nos dados obtidos neste trabalho.

O estudo termina a apresentação da bibliografia utilizada, assim como de todos os anexos que serviram de apoio para este trabalho.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

CAPÍTULO 2. Contextualização da Relação de Ajuda em Enfermagem

Neste capítulo pretendemos contextualizar o estudo da relação de ajuda em enfermagem, entendida e reconhecida, não apenas tacitamente pelos enfermeiros, mas, sobretudo, como uma das intervenções autónomas. Iniciamos esta contextualização por uma breve abordagem às Escolas de Pensamento em Enfermagem para melhor compreensão desta temática, no entanto apenas descrevemos duas, por considerarmos serem as que vão mais de encontro a este estudo.

2.1 Breve Abordagem sobre Algumas Escolas de Pensamento em Enfermagem

Ao longo do seu percurso a enfermagem tem vindo a afirmar-se como Ciência, sendo o seu contributo fundamental para a promoção da saúde, dos indivíduos, das famílias e da sociedade.

A enfermagem na primeira metade do século XX, era muito tributária dos valores morais e religiosos herdados do passado, e a pouco e pouco distancia-se deles, e adopta o modelo biomédico, que embora não desvalorizando a vertente relacional, atribui uma valorização bastante mais significativa à tecnicidade. Com o desenvolvimento dos conhecimentos científicos e das modernas tecnologias, a ênfase dos cuidados de enfermagem passou a ser atribuída sobretudo à máquina, deixando de lado o ser humano. Esta competência técnica, tornou-se como que no garante da ascensão social que os enfermeiros pretendiam. Podemos compreender que esta tendência de se deixar absorver pelos cuidados técnicos poderia estar directamente relacionada com o facto de estes cuidados serem os mais visíveis, enquanto que os outros cuidados, para além de permitir vivenciar outras dimensões da relação e envolver aspectos psico-emocionais, no entanto, excepcionalmente poderia dar uma tão ambicionada visibilidade. Contudo, apesar desta evolução tecnológica e do apelo à valorização da vertente tecnicista, surgiu a necessidade de cuidados mais direccionados para a área afectiva e relacional, em parte fruto do aumento da esperança de vida, resultando num crescente

envelhecimento da população e no aumento das doenças crónicas e degenerativas.

Normalmente os enfermeiros em início de carreira privilegiam o domínio dos procedimentos técnicos da prestação dos cuidados. A sua principal preocupação é saber fazer muitas coisas depressa e bem, ouvem o doente, mas com o objectivo de examinar as suas lesões e confirmar o diagnóstico. Supõem que ao oferecer excelentes cuidados do ponto de vista tecnológico, estão a prover a excelência dos cuidados, contudo, esquecem-se que mesmo quando estão envolvidos nas altas tecnologias é fundamental terem disponibilidade para darem um pouco de si. Neste sentido, Pestana (1999:298) considera que *“neste estágio de desenvolvimento o enfermeiro não tem consciência da esterilidade dos seus actos, em que a prestação de cuidados se reduz a uma perspectiva biomédica de onde dificilmente poderá emergir um bem-estar para quem cuida e quem é cuidado”*.

Felizmente que hoje a enfermagem recupera as suas bases preconizadas por Florence Nightingale, quando em 1859 considerou que os conhecimentos que caracterizariam o enfermeiro seriam provenientes não só de uma vertente tecnicista mas, sobretudo de uma vertente relacional. A prática de enfermagem tem actualmente a sua razão de ser na pessoa, como ser único e esta é a única razão de ser dos enfermeiros, em que o utente/doente é visto como o ponto de partida e de chegada dos cuidados, sendo a tecnologia apenas um importante auxílio no tratamento da doença.

Os enfermeiros lidam diariamente com pessoas que estão a viver, a antecipar ou a completar processos de transição, que se situam num contexto de alterações do estado de saúde, dos papéis relacionais, das expectativas ou capacidades das pessoas e envolvem necessidades de todos os sistemas humanos (Queirós, 2004). No sentido de dar resposta a essas necessidades os enfermeiros actuam de modo a criar um ambiente favorável ao bem-estar físico e psicológico do utente e promovem uma interligação entre o que cuida e o que recebe cuidados. Por essa razão tornou-se fundamental, adquirir e desenvolver competências na área das ciências biomédicas, mas também na área das ciências sociais/relacionais, uma vez que a enfermagem assenta os seus

alicerces nesta área, dando uma real primazia à qualidade do relacionamento interpessoal enfermeiro/utente.

Desde Nightingale alguns teóricos em enfermagem têm sentido a necessidade de clarificar a especificidade dos cuidados que prestam aos utentes, e neste sentido elaboraram alguns modelos conceptuais. Estes modelos conceptuais além de nortear a prática da enfermagem, servem também de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados (Silva, 2004). A sua criação tem tido também um importante papel na afirmação da enfermagem enquanto profissão com um corpo próprio de conhecimentos, assim como na incrementação de linhas de pesquisa sobre o seu domínio específico.

Foram vários os modelos conceptuais de enfermagem que surgiram desde 1859 com F. Nightingale, até 1981 com R.R. Parse, contudo Kerouac *et al.* (2005), reagrupam os vários conceitos de enfermagem, conforme demonstra a Figura 1, em seis Escolas de Pensamento:

- § Escola das Necessidades;
- § Escola da Interação;
- § Escola dos Efeitos Desejáveis;
- § Escola da Promoção da Saúde;
- § Escola do Ser Humano Unitário;
- § Escola do Cuidar.

O início destas Escolas surgiram simultaneamente com as diversas teorias na área das ciências sociais e humanas, como por exemplo, a teoria da motivação humana de Maslow, tendo a sua evolução a ver com a predominância das ideias e dos valores inerentes a uma determinada época.

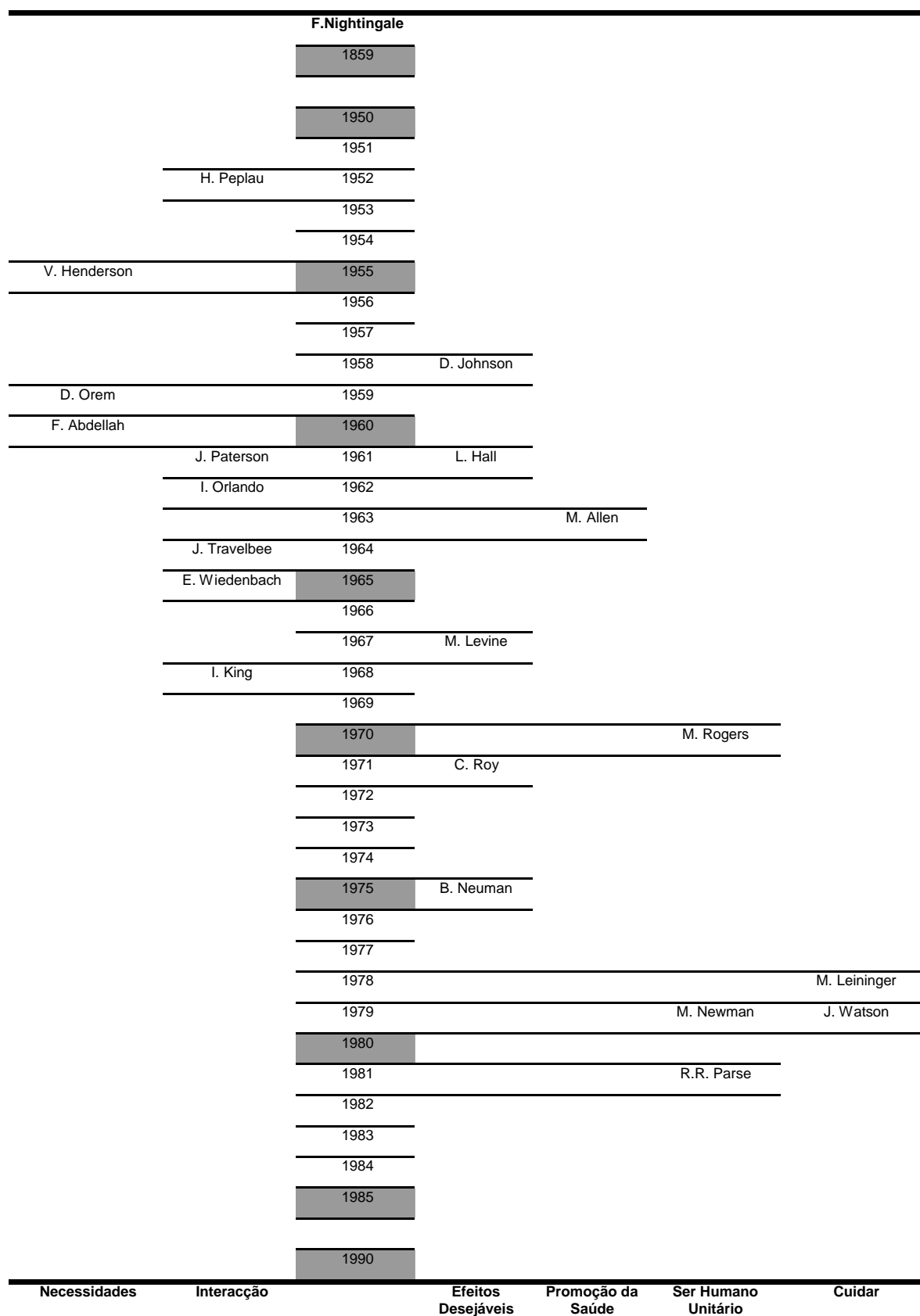


Figura 1 - Cronologia das concepções de enfermagem segundo as diferentes Escolas de Pensamento - *In: Kerouac et al. (2005:27)*

A cronologia das concepções de enfermagem apresentada mostra os vários conceitos de enfermagem agrupados em Escolas de Pensamento, a partir da criação da Escola da Interação por H. Peplau em 1952. Posteriormente em 1955 surgiu a escola das Necessidades com V. Henderson e o autor consultado Kerouac *et al.* (2005), considerou os conceitos de enfermagem desta Escola num plano anterior à Escola da Interação. A partir da Escola dos Efeitos Desejáveis observa-se uma evolução dos conceitos de enfermagem.

Podemos resumidamente referir que as quatro primeiras Escolas de Pensamento (Necessidades, Interação, Efeitos Desejáveis e Promoção da Saúde) estão orientadas para a pessoa, enquanto que as duas últimas (Ser Humano Unitário e Cuidar) se distinguem por estarem orientadas por uma abertura para o mundo. De referir que neste estudo iremos abordar apenas a Escola da Interação e a do Cuidar. O motivo prende-se com o facto da primeira Escola de Pensamento estar bastante centrada na temática deste estudo, na relação enfermeiro/doente e a segunda por abordar os valores nos quais se centram hoje a enfermagem. Iremos então de seguida abordar a Escola da Interação.

Escola da Interação

Esta Escola surgiu na América do Norte nos finais dos anos 50 e inícios dos 60, numa altura em que se verificava um aumento da atenção prestada às necessidades relacionais e de intimidade com as pessoas, devido aos vários acontecimentos políticos e sócio-culturais da época.

A pioneira desta Escola, Hildegard Peplau, devido à sua formação em psicologia interpessoal, juntamente com as enfermeiras que formam esta Escola, orientou os cuidados de enfermagem segundo uma perspectiva centrada essencialmente na relação enfermeiro/doente, e inspirou-se nas teorias da interação, da fenomenologia e do existencialismo, baseando-se este modelo sobretudo em conceitos psicológicos. Nesta relação enfermeiro/doente, o enfermeiro carece de um grande conhecimento de si mesmo, de uma capacidade de se analisar, de forma a ser um elemento terapêutico na equipa e a ajudar a

clarificar os sentimentos do doente levando-o a perceber o seu comportamento. Através desta relação interpessoal o enfermeiro promove o desenvolvimento da personalidade do indivíduo no sentido da sua maturidade. Os valores subjacentes a este modelo são os inerentes ao próprio conceito de enfermagem, que é entendido como um processo interpessoal, terapêutico e significativo que funciona em cooperação com outros processos humanos, com o objectivo de restituir a saúde aos indivíduos (Silva, 2004).

As teóricas desta Escola consideram que o “cuidado” é uma acção humanitária e não mecânica, devendo os enfermeiros possuir conhecimentos que lhe permitam avaliar as necessidades de ajuda do doente, de forma a formular um diagnóstico de enfermagem e planificar a sua intervenção. Para esta Escola a doença é considerada como uma experiência humana que pode permitir o crescimento do doente, se ele compreender o seu significado.

Escola do Cuidar

O cuidar é um conceito recente na área da enfermagem que surgiu na América nos finais da década de 70, sendo Leininger em 1981 uma das primeiras autoras a propor este tema como sendo central para a enfermagem.

A orientação de Jean Watson, a autora mais conhecida desta Escola do cuidado humano “es existencial, fenomenológica y espiritual; se inspira en la metafísica, las humanidades, el arte y las ciencias. Los trabajos de Carl Rogers influncian su visión de una relación transpersonal impregnada de coherencia, empatía y de calor humano”(Kérouac et al., 2005:43).

Para esta Escola o “cuidado” significa facilitar e ajudar o doente, respeitando os seus valores, as suas crenças, a sua forma de vida assim como a cultura dos indivíduos, e neste sentido os enfermeiros devem adoptar um ideal de “cuidado” que seja simultaneamente humanista e científico, uma vez que o amor incondicional e o cuidado são essenciais para a sobrevivência e o desenvolvimento da humanidade (Silva, 2004).

Os cuidados de enfermagem são o resultado de uma combinação de estudos científicos e humanísticos que terminam num conhecimento profundo da

relação terapêutica enfermeiro/utente. São entendidos como um processo intersubjectivo de humano a humano, enquanto um ideal e moral, que requer um compromisso com o cuidado, assim como sólidos conhecimentos. O objectivo dos cuidados de enfermagem, é o de ajudar a pessoa a conseguir o mais alto nível de harmonia entre a sua alma, corpo e espírito. As teóricas desta Escola consideram que para os enfermeiros melhorarem a qualidade dos cuidados de enfermagem, é fundamental uma abertura para dimensões como a espiritualidade, a cultura e integração dos conhecimentos vinculados a estas dimensões (Kérouac *et al.*, 2005).

Por vezes assistimos à ênfase que algumas instituições de saúde pretendem atribuir a uma ou a outra teoria, no entanto nenhuma instituição pode centrar a sua intervenção junto do utente/doente apenas num modelo conceptual, correndo o risco das suas práticas clínicas serem desajustadas das actuais exigências da sociedade moderna em que vivemos e nesse sentido estar longe da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem que tanto desejamos.

As Escolas de Pensamento deram o seu valioso contributo para o desenvolvimento e reconhecimento social da enfermagem. Permitem aos enfermeiros não apenas uma melhor compreensão temporal e histórica da enfermagem, como também referenciar a sua verdadeira essência. Na sequência da temática exposta iremos desenvolver um pouco mais o alicerce da enfermagem: O cuidar.

2.2 Enfermagem como Ciência do Cuidar Humano

O cuidar enquanto competência, necessita de um saber próprio e de destreza. Pode ser perspectivado sob diversas dimensões, sendo a dimensão relacional uma das mais enfatizadas. Collière (1999:235) afirma que o *“Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais”*.

Cuidar significa ir ao encontro de outra pessoa para a acompanhar na promoção da sua saúde, no seu crescimento e na sua realização. Mas apesar da

apropriação deste conceito pela enfermagem, ele tem uma aplicabilidade ampla na teia das relações que os seres humanos desenvolvem. O cuidar implica uma atenção que deve ser prestada à pessoa inteira, como um todo e com tudo aquilo que a caracteriza, sabendo porém identificar o seu modo particular de interagir com o seu meio ambiente e tendo em conta as suas necessidades particulares, fornecer-lhe a informação que precisa, assim como ajudá-la a encontrar a força necessária para ultrapassar um problema quer seja temporário ou permanente. A intervenção do enfermeiro com a pessoa que cuida passa por ajudá-lo a tomar contacto com os seus recursos internos, ajudando-a a reconhecer e a reaprender a utilizá-los para suprir uma dificuldade presente (Chalifour, 1989). Essa intervenção consiste em modificar ou utilizar o meio em que a pessoa vive, para a ajudar a ter respostas às suas necessidades, convidando por exemplo, as pessoas que lhe são mais significativas a envolver nos cuidados a ser prestados à pessoa.

Independentemente do contexto em que é exercido o cuidar, o verdadeiro cuidar depende do encontro e da caminhada em comum entre o profissional que cuida (cuja intenção é ajudar), e a pessoa que recebe cuidados (precisa de ser ajudada). Este profissional que cuida, ao longo da sua vida deverá crescer a todo o momento na sua capacidade de exprimir o cuidar. Pestana (1999) considera que a conceptualização do acto de cuidar no contexto de enfermagem é (re) construído por cada enfermeiro em cada dia que passa.

O cuidar é um valor intrínseco que implica no acto de cuidar, reconhecer, respeitar e defender a pessoa como sujeito de direitos e deveres, não esquecendo porém que a pessoa é autónoma, livre e responsável com direito a ser tratada como fim em si mesma e não apenas como meio para qualquer outro fim. Esta ajuda prestada traz benefícios mútuos, tanto para o utente como para a pessoa que cuida, nunca é num sentido único, uma vez que a pessoa ajudada pode ela própria tornar-se ajuda para a que está a ajudar.

Neste sentido Luís (2000:230) refere que “ (...) cuidar não acontece sem trazer benefícios ainda que indirectos para aquele que cuida (...) permite à enfermeira, sentir-se bem e crescer interiormente”. Cada vez que o enfermeiro cuida do outro, ajuda-o a crescer, porém ele próprio também cresce.

Nesta linha de pensamento, Santos (2002:44) faz referência no seu livro “A relação de ajuda: pinceladas daqui...e dali ” a um poema que um doente escreveu à enfermeira. O autor do poema finaliza escrevendo: “*Ajudou-me quando eu precisei. E... Que lhe dei em troca? Fiz-lhe sentir que ela foi a fonte do meu bem – estar*”. Através desta abordagem interaccionista, o enfermeiro que cuida recebe tanto, se não mais que a pessoa, porque ao usar a confiança, a compreensão, a coragem, a responsabilidade e a honestidade, ele cresce também. A par deste crescimento pessoal do enfermeiro, quando a ajuda é efectiva e traz benefícios para o utente, o enfermeiro usufrui de um sentimento de contentamento, por ter conseguido atenuar o sofrimento do utente. Mas, por vezes observa-se grande hesitação dos enfermeiros em assumir o cuidar, que segundo Anjos (1998), parece estar relacionado com dois aspectos que se interligam:

§ A indefinição que ainda paira sobre o desempenho de alguns papéis, provocando insegurança em assumi-los e conducente ao seu evitamento por considerá-los papéis inferiores;

§ A necessidade de ganhar prestígio e poder necessários à intervenção directa na mudança social.

Queremos, no entanto, salientar que a expressão *cuidar* não deve ser confundida com a expressão “*prestar cuidados*” ou “*tomar conta de*” (Hesbeen, 2000). “*Tomar conta de*” tem uma conotação materializante e desresponsabilizadora. A expressão “*prestar cuidados*” refere-se a todos os profissionais de saúde, ou não, que se considerem *prestadores de cuidados* e que dediquem a sua atenção ao outro, no sentido de as ajudar nas diferentes situações de vida próprias de cada um.

A expressão “*prestador de cuidados*” exige da pessoa respeito pelo outro, e pelas acções pensadas e criadas por uma determinada pessoa ou grupo, no entanto, pode um profissional exercer a sua profissão sem cuidar, sem estar realmente atento à singularidade da pessoa a que se dirige. Nestes casos, o profissional está a prestar cuidados mas não a cuidar. E nesta linha do *cuidado* é exactamente no singular que deve ser mencionado, dado que a atenção específica que existe no *cuidar*, nunca pode ser senão única. “*Não é*

preestabelecida nem programável nem pode ser repetida de indivíduo para indivíduo. (...) É singular como é a situação de vida em que um prestador de cuidados é levado a prestar cuidados a uma pessoa” (Hesbeen, 2000:10).

O *cuidar* aponta a sua atenção personalizada e especial à pessoa que vive uma situação particular, a alguém que sofre, ou que se encontra perturbado, e cuja saúde está comprometida ou fragilizada. A nossa ajuda vai no sentido de contribuir para o seu bem – estar e a promoção da sua saúde. O *cuidar* envolve pois todos os profissionais de saúde, desde que seja essa a intenção comum.

Perante a verdadeira essência do cuidar, as características de um ou de outro estrato profissional têm um lugar muito relativo. Vejamos, cada um dos profissionais de saúde tem aptidões particulares, no entanto nenhuma delas tem interesse se estiver isolada, se não for englobada numa perspectiva de cuidar global. Hesbeen (2000) considera o cuidar como um laço fundamental que permite reunir todos os elementos da equipa multidisciplinar numa mesma perspectiva. Neste sentido, quando uma relação se torna demasiadamente desgastante para o profissional de saúde, e não tem que ser forçosamente com doente em fase terminal, o enfermeiro deve ter coragem para pedir que o substitua. No entanto, esta atitude nem sempre é fácil, é reconhecer os seus limites quando era suposto ser forte. É também reconhecer as várias competências dos outros elementos da equipa, é valorizar a interdisciplinaridade em benefício da pessoa que recebe cuidados.

No próximo ponto considerámos fundamental fazer a diferença entre o conceito do tratar e o conceito do cuidar por se entender que por vezes, da parte de alguns enfermeiros, os confundem ou até mesmo interligam.

Do tratar ao cuidar

O *tratar* definitivamente não é *cuidar*. Hesbeen (2000) refere que se pode *tratar* sem *cuidar*, assim como *cuidar* sem *tratar*. Sem dúvida que cuidar sem tratar fisicamente o utente é perfeitamente possível, só não deveria de forma alguma suceder tratar um utente sem cuidar dele, sem perceber que ele é um todo, espírito e corpo e vê-lo de uma forma holística.

O *tratar* e o *cuidar* são duas formas de intervenção distintas. A primeira mais técnica e relacionada com o tratamento, que considera essencialmente o órgão ou órgãos afectados, centrando-se principalmente na doença com o objectivo de obter a cura. Entende-se que o *tratar* diz respeito a um atendimento que é prestado ao utente de uma forma standardizada. A segunda mais expressiva e interessada na pessoa como um ser holístico, que considera o utente como um todo, centrando-se essencialmente na saúde. São duas atitudes declaradamente distintas.

Valadas (2005) refere que alguns profissionais de saúde preocupam-se apenas com o *tratar*, esquecendo frequentemente o *cuidar*, tomando como objecto dos seus cuidados unicamente a doença sem estabelecerem qualquer tipo de relação com o utente, reconhecendo-o apenas como mais um caso. A principal preocupação destes profissionais é o cumprimento das prescrições médicas, acreditando assim que esta atitude é o único caminho para a cura.

Observamos que actualmente face aos enormes avanços da tecnologia, se observa um fascínio pela electromedicina, pela complexidade da actuação e pela obtenção de resultados imediatos. Num estudo que foi efectuado por Saiote e citado por Ribeiro (1995) revelaram que em alguns hospitais de Lisboa, onde existem unidades de cuidados intensivos ou unidades com características similares, estes locais são os escolhidos como primeiro emprego por 64,48% dos sujeitos. A preferência por esta vertente tecnicista, que se traduz por uma predominância do modelo biomédico (predominância do tratar), é extremamente redutora pois reduz o ser humano a meros componentes que são afectados por processos patológicos, fragmentando assim o homem em múltiplas partes para resolver situações de doença pontual.

Este procedimento é impeditivo de ter uma visão global, porque a junção dos seus fragmentos não é igual a soma das partes, o que conduz a uma total despersonalização do indivíduo. Os utentes são considerados apenas em função da doença que têm, sendo essa a base para a tomada de decisão do enfermeiro que privilegia a tarefa, não permitindo desta forma uma perspectiva global do doente e da doença que tem. Assim, a participação do utente é praticamente nula, uma vez que o enfermeiro tem tendência a centrar a sua actuação nos cuidados

físicos (tratamentos), provocando uma determinação obsessiva pelo cumprimento de rotinas. Estes profissionais dirigem as suas tarefas a *corpos-objectos*, enquanto que o verdadeiro enfoque dos cuidados deveria de ser o *corpo-sujeito*.

Para Hesbeen (2000) o *corpo-objecto* ou *corpo que se tem* é aquele em que se baseou a medicina científica que hoje conhecemos, para incrementar os seus avanços. No entanto, o *corpo-sujeito* ou o *corpo que se é*, é aquele que não se pode apenas limitar a um conjunto de órgãos e membros. É muito mais do que a soma das partes que o compõem, e a abordagem sistemática não pode ser dominante, uma vez que o corpo é animado por uma vida única e singular, feita de projectos, de desejos, de prazeres, de riscos, de alegrias e de dores, de fontes de motivação, de decepção mas também de esperança.

No sentido de permitir visualizar de uma forma sucinta as diferenças entre o *cuidar* (modelo de enfermagem) e o *tratar* (modelo biomédico), apresentamos o seguinte Quadro.

CUIDAR (modelo de enfermagem)	TRATAR (modelo bio-médico)
Considera o utente como um todo (visão holística).	Considera essencialmente o órgão afectado.
Actua de forma personalizada.	Actua de forma estandardizada de acordo com o diagnóstico médico.
Atende ao conforto em todas as situações de necessidades consideradas pelo utente.	Actua com base nos seus juízos, rotinas e normas da organização.
Gasta tempo a ouvir e a falar com o utente.	É eficiente no cumprimento das tarefas que privilegia em detrimento da comunicação.
Empenha-se (envolve-se) na resolução dos problemas do utente.	Distancia-se e procura resolver os problemas de forma racional.
Fornecer apoio emocional / actividades de suporte.	Dá ênfase à terapêutica que poderá ajudar o utente.
Valoriza sobretudo o bem-estar e o conforto.	Valoriza sobretudo o diagnóstico e o tratamento.
Atende aos aspectos subjectivos da situação, valorizando os sentimentos do utente sobre a doença e o efeito do tratamento na pessoa.	Lida com os aspectos objectivos da situação, desvalorizando a subjectividade e os sentimentos do utente sobre a experiência da doença e os efeitos dos tratamentos.
Realiza as actividades com o utente sempre que este tem possibilidade.	Realiza as actividades para o utente, não estimulando a sua participação.
Centra-se na saúde.	Centra-se na doença.

Quadro 1 - Algumas características da forma de actuação do enfermeiro, de acordo com a orientação predominante. *In*: Ribeiro (1995:39)

Apesar de actualmente a atitude dos enfermeiros estar mais direccionada para o cuidar, eles valorizam-na pouco, continuando a considerar que o mais importante para o utente é desenvolver bem a técnica e ser pontual na administração da terapêutica. Nos serviços onde os enfermeiros trabalham em condições de grandes exigências técnicas ou em situações de grande complexidade em que é fundamental a destreza e o conhecimento do funcionamento de material sofisticado, parece que estes se esquecem de preocupar com o ambiente de conforto e bem-estar para os utentes.

O modelo de enfermagem (cuidar) é um imperativo imposto pela falência do modelo bio – médico (tratar), dado que cada vez que um tratamento que é

imposto ao doente e este não se traduz em recuperação, ele é considerado como um fracasso, daí surgir a necessidade de aprofundar estudos num modelo próprio da enfermagem que valorize uma intervenção orientada para o cuidar e que esteja sempre presente. Neste sentido é cada vez mais importante valorizar a relação interpessoal entre enfermeiro/utente e a relação de ajuda que se estabelece, porque é esta relação que marca a diferença entre os enfermeiros e os outros profissionais de saúde.

Neste ponto foi apresentado uma contextualização do cuidar em enfermagem, através da definição deste conceito, as vantagens que oferece não apenas ao utente/doente mas também ao próprio enfermeiro, assim como a destrição entre o conceito do *cuidar* e o conceito do *tratar*. Neste seguimento, nas próximas páginas vamos abordar a relação de ajuda como sendo o pilar do cuidar em enfermagem.

2.3 Relação de Ajuda na Prática do Cuidar em Enfermagem

Sendo a enfermagem uma “ciência do cuidar”, esta apresenta um quadro de referência científico próprio, que encontra o seu sentido no cuidado que presta e na relação de ajuda que estabelece com o outro.

O conceito de relação de ajuda partiu da psicologia e foi rapidamente transportado para outros diferentes domínios quer seja da educação, das ciências humanas ou dos cuidados aos doentes. Carl Rogers foi um dos pioneiros na apropriação deste conceito para o campo das relações humanas, definindo-o como "*uma relação na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida*" (Rogers, 1985:43). Ou seja, verifica-se numa situação em que uma das partes procura promover na outra parte, um crescimento, partindo de uma mais funcional utilização dos recursos existentes no próprio indivíduo.

Actualmente a relação de ajuda é a dimensão mais nobre no cuidar em enfermagem, sendo considerada como um dos seus elementos inquestionáveis. Na mesma linha de pensamento, André & Cunha (2001) fazem referencia à relação de ajuda como intervenção autónoma que deverá ser um aspecto a

valorizar cada vez mais no cuidar em enfermagem. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) estabelece que os cuidados de enfermagem são caracterizados por “*estabelecerem uma **relação de ajuda** com o utente*”, Decreto-Lei n.º 161/1996 de 4 de Setembro, Capítulo II, Artigo 5.º, ponto 2). Neste sentido e dada a relevância da relação de ajuda para a prática de enfermagem, achamos pertinente começar por definir este conceito.

A enfermeira canadiana Phaneuf (1995) considera-a como sendo uma relação particularmente significativa, que se instaura entre uma pessoa que passa pela experiência dum problema, dum sofrimento e que sente dificuldade em os enfrentar sozinha, e um ajudante (enfermeiro), que num dado momento, o ajuda a encará-los e a encontrar em si próprio os recursos necessários para lhes fazer face. Chalifour (1989) considera também que a relação de ajuda se baseia numa interacção entre duas pessoas, o profissional e o utente/doente, em que ambos contribuem para a procura e satisfação de uma necessidade de ajuda apresentada pelo utente/doente. Esta ajuda supõe que o profissional adopte um modo de ser e de comunicar que esteja de acordo com o objectivo que se procura atingir. Estes objectivos colocados pelos pedidos expressos pelo utente/doente, mas também a partir da compreensão que o profissional tem do seu papel. Numa relação de ajuda o profissional que ajuda fornece ao utente/doente as condições de que este necessita para satisfazer as suas necessidades básicas. Trata-se portanto de numa troca tanto verbal como não verbal, em que a pessoa que ajuda cria um clima favorável para:

- § Ajudar a pessoa a encontrar a coragem que necessita para progredir na sua autonomia;
- § Ajudar a pessoa a tomar uma decisão difícil;
- § Ajudar a pessoa a encontrar a força interior e a coragem que necessita para enfrentar uma adversidade da sua vida e lhe permita também ver com mais clareza qual o melhor comportamento a adoptar;
- § Ajudar a pessoa a encontrar o sentido para sua vida;
- § Ajudar a pessoa a ser um pouco mais feliz.

A relação de ajuda tem como efeito diminuir a ansiedade e aumentar o nível de energia da pessoa que recebe ajuda. Contudo, a ajuda só será eficaz se o enfermeiro interiorizar que a pessoa que recebe ajuda possui recursos que lhe permitam resolver o problema. O nosso papel é o de orientar e assistir e nunca de decidir pela pessoa ou resolver os seus problemas. Neste sentido não se trata de oferecer à pessoa soluções prontas, mas antes orientá-la e facilitar-lhe a descoberta dos seus recursos, acompanhando sempre a sua evolução. Esta abordagem de ajuda tem que passar necessariamente por um envolvimento relacional exigente.

Mas, por vezes os profissionais de saúde desvalorizam esta vertente relacional preocupando-se apenas em aliviar o sofrimento físico dos doentes, ficando com um sentimento de dever cumprido. Vão-se esquecendo e/ou evitando o alívio do sofrimento psicológico (podendo este estar associado ou não a situações de dor), por não se sentirem profissionalmente nem humanamente preparados. Henriques *et al.* (1995:11) refere que “ (...) *médicos e enfermeiros sentem-se desarmados em face da angústia dos moribundos, com os quais dificilmente estabelecem uma relação de ajuda*”.

Acontece que durante o exercício profissional dos enfermeiros, podem ocorrer situações de stress intensas, em que estes profissionais de saúde reagem espontaneamente com atitudes de auto protecção, de forma deliberada ou inconsciente. Evitam o diálogo e a oportunidade do doente exprimir o que sente, confinando-se assim só ao papel técnico. Neste sentimento de fuga, Henriques (1995:12) refere que por vezes “*somos tentados, como seres humanos que somos, a negar não só a gravidade do estado do doente, como também o seu sofrimento e, conseqüentemente, agarramo-nos a técnicas, diagnósticos e tratamentos, acabando por fazer ao doente visitas cada vez mais raras e rápidas*”. Compreende-se assim o motivo pelo qual alguns técnicos de saúde recorrem frequentemente a uma “*blindagem profissional*”, no sentido de evitar esse, necessário, envolvimento humano - a - humano (Gameiro, 1998).

Martins (1996) realizou um estudo sobre as reacções e sentimentos dos profissionais de enfermagem, relativamente aos doentes em fase terminal. Este estudo revelou que não raras vezes, são vividas dificuldades profissionais e

peçoais destes profissionais, que acabam por interferir nos cuidados a prestar aos doentes (Sobreira *et al.*, 2004).

A desvalorização da vertente relacional pode suceder também devido a estas competências serem habitualmente desvalorizadas em prol das competências técnicas. Por serem invisíveis e de carecerem de status, são estabelecidas só quando há tempo, para além de correrem o risco de serem alvo de ridicularização, por parte dos outros elementos da equipa (Luís, 2000). Esta autora refere que com o aumento crescente de utentes e o mesmo *staff* de enfermeiros de há dez anos, parece ser uma condicionante da subvalorização da vertente relacional, assim como a influência que as estruturas organizacionais podem ter na prestação de cuidados. A verdade é que não nos podemos alhear das estruturas organizacionais, mas elas não podem por si só justificar o conformismo de uma prática assente na ausência de valores humanísticos.

O estudo realizado por Gandara (1998) e baseado em entrevistas realizadas a 10 doentes internados numa unidade de cuidados especializados na sua reabilitação, revelou o relato dos doentes que os enfermeiros tinham dificuldade, ou mesmo incapacidade em estabelecerem uma relação centrada na pessoa. Valorizavam talvez por isso mais a vertente tecnológica dos cuidados em detrimento da vertente relacional, transformando assim os cuidados num conjunto de tarefas executadas segundo uma rotina num tempo pré-determinado.

Ainda um outro estudo realizado por enfermeiros de Unidades de Cuidados Intensivos de 10 hospitais de norte a sul do país, conclui que é fundamental diminuir o sofrimento do doente, através da empatia e compreensão das suas necessidades. Este estudo revelou que estes doentes necessitam mais de uma mão amiga do que da presença terapêutica (Henriques *et al.*, 1995).

Felizmente que muitos profissionais de saúde valorizam a relação de ajuda estabelecida com os utentes. No entanto e corroborando a opinião de Frade (1999) devido à experiência vivida enquanto utente, uma orientação baseada no elemento vivenciado favorece o desenvolvimento das características facilitadoras presentes na relação de ajuda, facilitando a alguns enfermeiros uma maior aptidão para desenvolver competências de relação de ajuda.

Citando as palavras de uma enfermeira de 26 anos, que já passou, ela própria, por um cancro menciona, “ (...) *agora, compreendo-os melhor. Esgoto-me para lhes tirar as náuseas, porque sei como é. Às vezes, basta dizer-lhes: Eu também já tive isso e estou aqui*” (Nery, 2004:102). Esta explicação pode assentar no facto de eventualmente aquando de terem estado doentes, ou algum familiar muito próximo, terem sentido a ineficácia de alguns profissionais de saúde, no sentido de apenas existir a preocupação em aliviar as dores físicas esquecendo-se do seu sofrimento psicológico.

Seguidamente abordaremos algumas características da relação de ajuda para uma melhor contextualização e compreensão desta temática na enfermagem.

2.3.1 Especificidades da relação de ajuda

Torna-se pois necessário que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, tenham uma intervenção junto do utente mais científica, no sentido de o ajudar a aliviar não só o seu sofrimento físico, mas também psicológico, assim como a ajudá-lo a encontrar um caminho que lhe permita uma vida mais tranquila, satisfatória e feliz. No desenvolvimento da relação de ajuda o enfermeiro deverá conduzir o utente/doente a alcançar alguns objectivos a que Lazure (1994:14) faz referência:

- 1) *Ultrapassar uma provação;*
- 2) *Resolver uma situação actual ou potencialmente problemática;*
- 3) *Encontrar um funcionamento pessoal mais satisfatório;*
- 4) *Detectar o sentido da existência.*

Assente nestes objectivos, o desenvolvimento ou não da relação de ajuda, vai afectar os cuidados de enfermagem, independentemente de qual for o contexto em que são desenvolvidos. O desenvolvimento da relação de ajuda, pode decorrer em quatro estádios:

1º - É a fase do primeiro contacto. O enfermeiro através dos seus sentidos (da escuta e da observação) tem conhecimento das necessidades da pessoa;

2º - Fase da adopção da atitude de cuidados pelo enfermeiro. A pessoa que cuida demonstra disponibilidade e sensibilidade perante o sofrimento do outro, assim como responde às necessidades da pessoa. Nesta fase a pessoa que recebe ajuda sente que pode confiar no enfermeiro;

3º - Fase do desenvolvimento da relação de confiança. A pessoa predispõe-se para a relação de confiança, que lhe vai servir de suporte para a sua evolução;

4º - Fase da utilização da relação de ajuda. De acordo com a necessidade de cada um, a relação de ajuda pode instalar-se e intervir de modo a que esta não está mais a cargo do ajudante, mas é antes um processo de evolução da pessoa cuidada com vista a um melhor bem-estar.

No entanto ao enfermeiro são impostas algumas exigências inerentes ao acto de ajudar, que não deverão ser subestimadas, como sendo:

1. Dar do seu tempo;
2. Dar da sua competência;
3. Dar do seu saber;
4. Dar do seu interesse;
5. Dar da sua competência de escuta e compreensão;
6. Por último, dar uma parte de si próprio.

Este tipo de relação tem sempre uma forte componente afectiva. A pessoa que ajuda deverá possuir competências relativas à relação de ajuda, pois só assim estará apta para compreender e estabelecer uma relação interpessoal positiva. O facto de alguns enfermeiros terem alguma aptidão própria da sua personalidade para a relação de ajuda, ela não deve estar associada ao carácter feminino da mulher, porque a relação de ajuda exige muito mais que estas aptidões natas, ela exige formação (Phaneuf, 1995).

Para a enfermagem, este conceito tem um valor inestimável, uma vez que pode assumir um grande significado para o doente, especialmente quando este possui um problema que considera de difícil resolução. Seguidamente vamos fazer a destrição entre dois tipos de relação de ajuda que podem ocorrer na prática do cuidar em enfermagem.

Relação de ajuda informal e formal

Na prática dos cuidados de enfermagem Phaneuf (1995), considera que existe dois tipos de relação de ajuda: informal e formal.

A relação de **ajuda informal**, de acordo com a autora atrás citada, instala-se de uma forma natural, sem ser pré-determinada, mas de acordo com as necessidades da pessoa que necessita de ajuda.

Tem como objectivo incentivar a pessoa a verbalizar o seu problema e exprimir as suas emoções. Neste tipo de relação de ajuda, a enfermeira usa as suas habilidades para poder ajudar a pessoa, baseando-se essencialmente na capacidade de escuta, de respeito, de aceitação e de empatia.

A relação de ajuda **formal** caracteriza-se por exigir uma estruturação prévia e formal. Desenrola-se segundo um horário predeterminado em que o enfermeiro, de modo a conhecer melhor o utente/doente, estrutura uma entrevista que obedecendo a objectivos de evolução, permite ao doente libertar-se das suas emoções, diminuir a ansiedade e/ou aceitar um diagnóstico, às vezes com um prognóstico pouco favorável. Nessa entrevista o enfermeiro deve desenvolver todas as suas capacidades mais profundas e utilizar as suas competências profissionais relativas à relação de ajuda, de forma a ser uma ajuda verdadeiramente frutuosa. Dado que o desenrolar deste tipo de relação formal é uma actividade de enfermagem autónoma, esta poderá e deverá fazer parte da planificação de cuidados de enfermagem, para que os minutos que estão a ser utilizados com o utente/doente não corram o risco de ser stressantes por parte do enfermeiro, uma vez que poderá ser interrompido e/ou solicitado para outras actividades por parte de colegas ou outros técnicos.

No entanto, há enfermeiros que pensam que apenas é possível desenvolver uma relação de ajuda num encontro de gabinete, inserida numa longa relação frente a frente. Estes enfermeiros esquecem-se que escolheram uma profissão de ajuda, em que é inadmissível desempenha-la na sua totalidade, sem observar o utente numa perspectiva holística, e neste sentido ajudá-los a enfrentar os problemas que possuem, sejam eles temporários ou definitivos, com todos os recursos que dispõem ao seu alcance.

Obstáculos à relação de ajuda

Sendo relação de ajuda o eixo vital da enfermagem, parece um contra-senso existirem obstáculos que os enfermeiros colocam ao seu desenvolvimento. No entanto, e de acordo com Phaneuf (1995), eles podem ser essencialmente dois.

O primeiro é o factor tempo. A falta de tempo associado ao excesso de trabalho, e falta de recursos humanos pode muitas vezes ser um excelente pretexto para os enfermeiros não desenvolver relação de ajuda eficaz. Cada vez mais os recursos de enfermagem são menores face a quantidade crescente de utentes que consomem cuidados de saúde. Contudo torna-se difícil aceitar esta desculpa quando a relação de ajuda informal, se pode desenrolar simultaneamente com outras actividades que o enfermeiro tem com aquele utente/doente.

A grande subordinação que alguns enfermeiros têm à medicina, assim como o desempenho de algumas tarefas que são inerentes ao pessoal administrativo ou a um outro qualquer grupo profissional, cria-lhes dificuldade em auto-determinar o seu trabalho. No entanto é fundamental reconhecer que *“se se admite que a relação de ajuda faz parte integrante das intervenções de enfermagem autónomas necessárias ao doente, esta deveria ser contabilizada nos cálculos de trabalho e tornar-se-ia assim mais facilmente aplicável. Mas é antes de mais, essencial que nós enfermeiros acreditemos nela e, talvez, de seguida, nos seja possível convencer os nossos gestores”* (Phaneuf, 1995:19).

O segundo obstáculo é o facto de alguns enfermeiros serem atraídos pela tecnologia, por tarefas mais técnicas e por isso com maior visibilidade. Estes profissionais têm um menor interesse na relação de ajuda, em poder estar com o doente, em o ouvir, enquanto outros enfermeiros têm uma maior inclinação para o contrário, para a própria relação de ajuda. O fundamental é saber encontrar um ponto intermédio entre estas duas posições, para a prestação dos cuidados de enfermagem junto dos doentes.

No entanto apesar da disponibilidade dos enfermeiros para estabelecerem a relação de ajuda com o doente sempre que considerem necessário, é importante ter a consciência que alguns doentes apresentam resistências perante a ajuda

oferecida. Essa resistência prende-se com a grande ansiedade do doente, ou seja, normalmente quanto maior for a ansiedade da pessoa maior a necessidade de se defender contra a sua realidade interior. Tenta evitar sentir e exprimir sentimentos ou recordações sobre vivências dolorosas que perturbem o seu aparente bem – estar. A este procedimento é denominado de mecanismos de auto – alienação, que por um lado têm um pedido subtil para serem respeitados, mas por outro, o de ser ultrapassado o problema.

Aspectos que o enfermeiro deve ter presentes na relação de ajuda de forma a se proteger

O desenvolvimento da relação de ajuda com o doente pode efectivamente trazer alguns problemas para o enfermeiro. Lidar diariamente com situações difíceis como o sofrimento do outro, exige dos profissionais de saúde uma grande capacidade empática e de saber dar, sem no entanto se deixarem desgastar psicologicamente. Mas os profissionais de saúde também têm emoções. Como lidar com as nossas próprias emoções, sem deixar que elas influenciem negativamente o relacionamento com o doente?

Um aspecto importante é os profissionais de saúde saberem aceitar a recusa de ajuda de um doente que necessita urgentemente dela, sem no entanto rejeitar a pessoa.

Outro aspecto a ter em atenção no sentido de existir uma saudável relação de ajuda, entre o profissional que ajuda e o que necessita de doente, são os seguintes pontos:

§ É difícil o profissional de saúde dar-se sem ter um suporte familiar e social gratificante. A existência de relações interpessoais fortes, sólidas, com amigos e/ou familiares, a pertença a uma colectividade fora da área profissional ou a uma igreja é deveras fortificante para o profissional;

§ Existem determinadas situações que são emocionalmente desgastantes para os profissionais de saúde, e estes devem ter consciência que necessitam de suporte emocional dos amigos, familiares ou colegas de trabalho;

§ Existem determinadas pessoas a quem possamos oferecer a nossa ajuda, que nunca será considerada suficiente ou aceitável, no entanto não deverá ser visto como um fracasso da nossa parte.

§ A relação de ajuda é um processo limitado no tempo, não devendo por isso surgir situações de dependência por parte do utente /doente.

Concluimos ao referir que o desenvolvimento de uma relação de ajuda com o utente, deve funcionar como uma ajuda real e verdadeira para a pessoa necessitada, sem no entanto ser desgastante para o profissional de saúde. Ela reflecte-se numa perspectiva humana do cuidar em enfermagem, que se deve transpor a toda a boa tecnologia que as instituições de saúde possam ter.

Foram explanados neste terceiro ponto alguns aspectos relacionados com a relação de ajuda, como a sua importância no exercício de enfermagem para a contribuição da melhoria contínua dos cuidados a prestar ao cidadão. Outro ponto foi a identificação de dois tipos de relação de ajuda, e ainda alguns obstáculos que os enfermeiros colocam ao seu desenvolvimento, não obstante a sua grandeza, assim como alguns aspectos que este profissional deve ter em atenção na relação de ajuda que estabelece com o utente/doente.

No próximo ponto expõem-se os cinco níveis de competência segundo Benner (2001), as competências relacionais do enfermeiro (Empatia, Respeito e Capacidade de Escuta), assim como as competências pessoais fundamentais para o desenvolvimento da relação de ajuda.

2.4 O Papel do Enfermeiro na Promoção do Desenvolvimento de Competências

A palavra competência é actualmente muito utilizada. Refere-se à capacidade individual para desempenhar as funções que são atribuídas ao profissional, desde que este tenha o conhecimento, as habilidades, os comportamentos e as características pessoais necessárias para agir correctamente numa situação específica.

Correia (2002) define este conceito como sendo a capacidade de compreensão e uso de informação que detemos nas actividades do quotidiano. É

a habilidade de desenvolver conhecimentos e alcançar objectivos. É também a maneira como organizamos e integramos as nossas expectativas e o modo como, numa determinada situação, decidimos agir desta ou daquela forma (Silva, 2004).

Por outro lado a expressão ser competente significa uma performance (desempenho) individual e real numa situação particular. Descreve a forma (o nível) como a pessoa integra os conhecimentos, as habilidades, as atitudes e os comportamentos que possui, para realizar tarefas de acordo com as expectativas. Isto significa que são necessárias competências antes de se esperar atingir um nível de desempenho competente.

Na aquisição e no desenvolvimento de competências (salienta-se que competências e práticas competentes, neste caso reportam-se para os cuidados de enfermagem e não noutra qualquer área), o modelo Dreyfus - Modelo de aquisição de competências, tem-se revelado particularmente interessante na área da enfermagem.

Tendo sido desenvolvido pelo matemático e analista de sistemas Stuart Dreyfus e o filósofo Hubert Dreyfus, este modelo de aquisição de competências foi fundado sobre o estudo de jogadores de xadrez e de pilotos de aviões.

Contudo este modelo defende que na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um profissional (ou estudante) passa por cinco níveis/estádios sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. De acordo com Phaneuf (2001), estes estádios reflectem três tipos de mudanças no enfermeiro que aprende, podendo-se expor da seguinte forma:

- § Passagem da fase de adopção de conhecimentos teóricos para uma intencionalidade de aplicação dos mesmos;
- § Percepção do meio que o profissional integra e enquadramento correcto de situações;
- § A participação do enfermeiro como parte integrante da situação, passando de agente exterior para envolvido e participante.

Benner (2001) juntamente com outros investigadores estudou a aplicabilidade deste estudo à enfermagem. Contudo este modelo de aquisição de competências é um modelo dependente da situação e não referente à inteligência ou às aptidões dos enfermeiros.

Este conceito de competência, refere-se à capacidade de compreender e usar a informação adquirida, nas actividades que desenvolvemos no trabalho, na família e na sociedade de forma a nos permitir atingir objectivos.

De seguida passaremos a descrever cada um dos cinco níveis de competência já referidos.

Iniciado

Este nível aplica-se não só aos estudantes de enfermagem que não têm nenhuma experiência das situações com que são confrontadas, aos recém formados, mas também a qualquer enfermeiro que integre num serviço novo em que não conhece os doentes, as rotinas próprias do novo serviço e não está por dentro das unidades específicas que lá são desenvolvidas. Torna-se necessário ensinar estes enfermeiros e facilitar-lhes a aquisição de experiências, de forma a desenvolverem as suas competências.

São-lhes descritas situações concretas da prática de enfermagem, assim como as regras e as normas, de forma a guiar os seus actos. Contudo estas regras impõem-lhe um comportamento rígido e limitativo, que juntamente com a sua inexperiência poderá eventualmente em determinadas situações terem comportamentos menos correctos, porque não é possível indicar para cada situação real e específica quais são os actos ou procedimentos mais úteis e adequados.

Iniciado avançado

Os enfermeiros que se encontrem neste nível de iniciado avançado têm um comportamento aceitável, uma vez que já se depararam com inúmeras situações reais que lhes permitiram adquirir alguma experiência e lhes faculta o conhecimento necessário para avaliar determinadas características num doente.

Já conseguem tirar alguns indícios pela forma como um doente fala, ou age, no entanto convêm fazer-lhes o alerta para o facto de que cada caso é um caso e

assim deve ser analisado, evitando-se a normalização das avaliações e actuações.

Estes profissionais de enfermagem necessitam de ser enquadrados no contexto da prática clínica. Têm alguma dificuldade em conseguir estabelecer prioridades, ou seja, um iniciado avançado ainda não é capaz de fazer a triagem entre o que pode ser considerado de mais ou menos importante, nesta ou naquela situação.

Competente

A competência do enfermeiro mostra-se claramente quando as tarefas que estão incumbidas de fazer são objectivas e concretas, de modo que conseguem por aptidão profissional aplicar conhecimentos adquiridos em formação específica. De facto a possibilidade de num momento aplicar um conjunto de conhecimentos e capacidades é condição fundamental para o reconhecimento da competência. A este nível da competência, apresenta-se ainda outro parâmetro, que passa pela capacidade de comunicação (verbal e/ou não verbal) afectivamente, em que o enfermeiro comunica com utentes, família e grupos, de uma forma assertiva no que respeita a ensinios e orientação.

Assim, no domínio do desenvolvimento pessoal o enfermeiro competente demonstra que progrediu através de um processo de reflexão e esclarecimento do seu sistema pessoal de valores, do desenvolvimento da sua sensibilidade, e da inclusão de valores éticos na prática da enfermagem.

Os enfermeiros que pertencem a este estágio, ao fim de dois ou três anos a trabalhar no mesmo serviço, tornam-se competentes quando começam a aperceber-se dos seus actos em termos objectivos, e quando têm consciência dos planos que podem desenvolver a longo prazo, baseando-se para isso numa análise convicta e analítica sobre uma determinada situação. Estes enfermeiros têm maior facilidade em estabelecer prioridades para a prática de enfermagem e analisar conscientemente quais os aspectos que são mais importantes ou os aqueles que podem ser ignorados.

Os enfermeiros competentes não estarão ao nível do enfermeiro proficiente, no que diz respeito a rapidez e maleabilidade, no entanto actuam de forma capaz e são conscientes de que em situações de imprevisibilidade, que são habituais na prática de enfermagem, darão a resposta adequada. A eficiência com que as tarefas são executados, suporta-se numa planificação constante e intencional. Pode-se dizer que estes enfermeiros têm um sentimento de maior à vontade neste estado de desenvolvimento, assim como uma maior facilidade em compreender o que o rodeia no ambiente clínico (Benner, 2001).

Proficiente

Um enfermeiro proficiente consegue saber quais os acontecimentos típicos que podem ocorrerem numa determinada situação actual, através da experiência que já desenvolveu. Nesta perspectiva, a experiência significa sempre uma abordagem em torno dos preconceitos, ou de um aumento de algo compreensível numa situação anterior, ou seja, nunca se traduz numa passagem do tempo. Podemos considerar que esta capacidade de reconhecer as situações actuais no seu todo, na sua globalidade, e não em termos de aspectos isolados, permite ao enfermeiro proficiente ter uma compreensão global de cada situação, e melhorar o seu processo de decisão, ou seja, ele torna-se cada vez menos trabalhoso.

Enquanto que o enfermeiro competente ainda não tem experiência suficiente que lhe permita reconhecer uma situação actual no seu todo, assim como os aspectos que são considerados de maior ou menor importância, o enfermeiro proficiente consegue ter essa capacidade e orientar-se directamente sobre um determinado problema. Os profissionais proficientes são aqueles que conscientemente numa determinada situação fazem opções com variáveis de risco, em que o profissional investe na procura de um determinado resultado. Esta variável risco induz no profissional um sentido de responsabilidade elevado, mas de enorme satisfação quando atinge resultados positivos. O contrário sucede quando os resultados são negativos. Esta compreensão global da situação permite ao enfermeiro utilizar máximas que lhe servem de ajuda, uma vez que como refere Benner (2001), as máximas podem induzir ao enfermeiro iniciado ou

competente, algo que parecia a determinado momento como incompreensível, e num outro momento posterior, ter outro significado. Para os enfermeiros proficientes poderá haver uma correcta percepção da situação que se lhe apresenta, uma vez que a máxima permite seleccionar logo à partida os indícios relevantes a considerar.

Perito

O enfermeiro perito tem uma enorme experiência e capacidade de compreender de uma forma intuitiva cada situação, assim como uma apreensão directa sobre um problema, sem se perder numa vasta possibilidade de soluções. Caracteriza-se por uma grande experiência e por perceber as situações intuitivamente, de tal modo que fica vinculado a esquemas de funcionamento próprios e sente mesmo dificuldade em verbalmente expor os seus conhecimentos, no entanto, age com certeza e em consonância com a experiência e o saber acumulado. O efeito causado pela actuação intuitiva é tal que pode chegar-se a pensar dos peritos como alguém que já não pensa. Esta definição não corresponde à verdade, e que em caso algum pode significar “*eu sou o perito na situação, deixe-me agir, eu ocupo-me de tudo*” (Hesbeen, 2000).

Na verdade um perito dispõe de diferentes saberes que são provenientes tanto da sua vida pessoal, como da sua formação e da sua experiência profissional. Estes saberes permitem-lhe dispensar apoiar-se sobre uma regra, ou uma indicação, uma vez que a sua experiência permite-lhe ter um elevado nível de competência. No entanto, não podemos concluir que os enfermeiros peritos nunca utilizam instrumentos analíticos (regras ou indicações).

Em situações em que o enfermeiro não tem nenhuma experiência prévia, é essencial uma capacidade muito desenvolvida de análise dos acontecimentos.

Os instrumentos analíticos poderão ser necessários quando o enfermeiro perito avalia mal uma determinada situação, e posteriormente observa que os acontecimentos não se desenrolaram como tinha previsto. De acordo com o referido por Hubert e Stuart Dreyfus (1977), citado por Benner (2001) relativamente a estudos conduzidos na Força Aérea, concluiu-se que os pilotos

poderiam se tornar competentes se deixassem de lado as regras, ou seja, o não seguimento das regras permitia-lhes agir mais depressa e melhor. No entanto, se eventualmente estes seguissem as linhas orientadoras ou as regras de quando eram principiantes, as suas actuações iriam se deteriorar bastante.

Portanto de forma natural o estudante, o iniciado, ou o aprendiz, por força das suas inexperiências, apenas se baseiam nas regras e nos métodos induzidos na formação específica, ficando no entanto a sua competência cerceada, estagnada. Mas na continuação da actividade resulta maior domínio, ou seja, a competência transforma-se (Benner, 2001).

Uma das funções do perito é permitir à pessoa que é cuidada e aos seus familiares, identificar as diferentes possibilidades e os diferentes caminhos que se lhe oferecem, perante um determinado problema. Hesbeen (2000) chama-lhe aumentar o número de caminhos possíveis. Este autor dá um exemplo. Quando o doente conhece o seu diagnóstico, por vezes este só encontra um caminho possível, uma única saída, que no entanto não é muito animadora para ele. Sugerindo outras saídas, o perito enriquece o horizonte do doente tornando-se para ele como um vector de esperança. Estes outros caminhos que são apresentados ao doente, não significam que se decida por ele, uma vez que só a pessoa interessada pode decidir qual o caminho que pretende seguir.

Conhecer qual o comportamento dos peritos e as suas consequências para os doentes, só foi possível mediante o estudo dos comportamentos de enfermeiros proficientes e peritos. Os colegas e os doentes destes enfermeiros reconhecem as suas competências, contudo, elas não podem ser reconhecidas pelos critérios habituais de avaliação.

De forma a avaliar o nível de competência de peritos, é fundamental adicionar aos critérios habituais de medidas quantitativas e da avaliação da prática, uma perspectiva interpretativa destinada a descrever a prática dos cuidados de enfermagem, assim como estratégias qualitativas de avaliação. No entanto podemos dizer, que os enfermeiros peritos não são difíceis de reconhecer, uma vez que gerem com frequência situações complexas de uma forma excelente, mas nem todos os enfermeiros são capazes de se tornarem peritos.

2.4.1 Competências relacionais do enfermeiro

Como já vimos no capítulo anterior o papel do enfermeiro na relação de ajuda não é o de oferecer soluções ou estratégias previamente definidas para a resolução de uma situação - problema, mas o de agir de modo a que o outro compreenda melhor a sua situação e a si mesmo. Dito de outra forma, estabelecer uma relação de ajuda significa criar condições relacionais que permitam àquele que pede ajuda, encontrar a melhor solução e o melhor caminho para si, no sentido de ultrapassar as suas dificuldades e problemas.

Mas para estabelecer uma relação de ajuda com o outro é necessário todo um conjunto de competências comunicacionais que facilitam a relação interpessoal, de tal modo que Aubin e seus colaboradores referenciados por Lazure (1994), consideram que sem prejuízo de se tratar de um processo que implica aprendizagem, ajudar os outros requer do enfermeiro, a existência de faculdades intrínsecas e inerentes à capacidade de inspirar confiança no outro.

Nesta linha de pensamento Queirós (1999), considera também que de forma que o enfermeiro consiga integrar na sua prática do cuidar em enfermagem a relação de ajuda de um modo efectivo, necessita de desenvolver as suas capacidades intelectuais, afectivas, físicas, sociais e espirituais. Para que estas capacidades possam ser desenvolvidas pelo enfermeiro, torna-se fundamental possuir atitudes que contribuam para um aumento de competência.

A necessidade e possibilidade da participação do utente na relação de ajuda carecem duma implicação directa das atitudes do enfermeiro, no incentivo do utente quanto à sua própria implicação na relação.

No entanto existem algumas características ou habilidades (como alguns autores lhe chamam) que o enfermeiro deve desenvolver na relação de ajuda. Na opinião de Lazure (1994) são as seguintes:

- § A capacidade de escuta;
- § A clarificação, a ajuda na clarificação, ou seja, ser preciso e concreto;
- § O respeito por si e pelos outros;
- § A congruência em relação a si e aos outros;
- § Confrontar-se consigo próprio e com os outros;
- § Ser empático consigo próprio e com os outros.

Rogers (1985) considera ainda a empatia, a autenticidade ou congruência e a aceitação incondicional do outro.

Já Phaneuf (1995) considerara a divisão destas habilidades em duas categorias. Uma categoria em que faz parte a aceitação incondicional da pessoa doente, a empatia e a revelação de si próprio, como sendo estas características mais fortalecedoras que agem em parte como sendo uma bênção para a alma.

Outra em que fazem parte a autenticidade, a confrontação e a imediação, como sendo características mais estruturadas, que visam levar a pessoa a responsabilizar-se perante os seus actos e a determinar a ineficácia dos seus actos ou a incongruência do seu agir. O respeito é uma característica, que de acordo com esta autora, poderia fazer parte de uma, ou de outra categoria.

Para Rispail (2002) no desenvolvimento da relação de ajuda são necessárias competências e técnicas específicas, como sendo a escuta, o silêncio, a interrogação e a reformulação. A reformulação é considerada de grande importância na ajuda ao utente. Consiste em repetir o que a outra pessoa disse, com o objectivo de lhe mostrar que a compreendemos e que a convidamos a continuar o seu discurso. Neste tipo de intervenção a reformulação permite ao utente perceber que a sua narração é interessante. Faz-se de forma breve um resumo da comunicação, realça-se um ou outro ponto da mensagem de modo a que o cliente se sinta convidado a continuar.

Algumas destas atitudes existem em cada ser humano, mas dado a relação de ajuda envolver exigências profissionais, torna-se então necessário que cada profissional conheça as suas características pessoais, para assim as poder desenvolver.

Neste estudo optamos apenas por nos debruçar sobre a Empatia, o Respeito e a Capacidade de Escuta, por considerarmos que se têm mostrado importantes para o desenvolvimento do processo de relação de ajuda.

A Empatia

A empatia ocupa um lugar de destaque na relação de ajuda. Lazure (1994) chama-lhe mesmo a pedra angular de toda a relação de ajuda.

Fazendo uma breve análise etimológica, a palavra empatia tem a sua origem no verbo grego *pathein* (que significa sentir, sofrer), estando esta ligada à preposição *en* (dentro). Ela é fundamental para o desenvolvimento do cuidar em enfermagem.

O conceito de empatia foi criado pela psicologia clínica para indicar a capacidade de imersão no mundo subjectivo do utente e de participar na sua experiência. É o reconhecimento dos conteúdos da mensagem, dos sentimentos do utente, e o feedback do enfermeiro quanto ao que compreendeu, associando simultaneamente a inteligência e a sua afectividade na aceitação da outra pessoa tal qual é. A empatia surge como uma compreensão profunda do utente e da sua situação, de modo a que o enfermeiro seja capaz, de acordo com as suas aptidões e capacidades, de se colocar verdadeiramente na *pele* do outro, compreender o seu mundo e reintegrar de novo a sua própria *pele* (mantendo intacto aquilo que ele é sem no entanto julgar o outro), para depois tentar apreender o que este sente, como sente e comunicar-lhe esta compreensão. Esta atitude vai permitir ao utente sentir-se confortável, apoiado e compreendido, procurando assim em si próprio a energia que necessita para evoluir. A empatia é a única via de acesso à compreensão dos utentes, mas para a desenvolver é necessário que o enfermeiro se solte das suas preocupações pessoais e do seu quadro de referência habitual.

Esta capacidade de compreender o outro, de receber a sua expressão e de experimentar os seus sentimentos em si próprio, expressando-os depois ao utente que os sente, tem neles um efeito benéfico. Os enfermeiros com um elevado grau de empatia provocam nos utentes resultados superiores, comparativamente com aqueles que apresentam graus mais baixos, estes contribuem para o atraso na evolução do utente (Lazure, 1994).

A empatia é uma atitude que o enfermeiro deve desenvolver, recorrendo para isso à escuta activa para uma compreensão cabal do utente. No entanto importa diferenciar empatia de simpatia.

A simpatia é uma reacção mais centrada na subjectividade da pessoa que ajuda e está mais relacionada com as emoções, não sendo por isso suficiente à verdadeira relação de ajuda. Também é mais limitada do que a empatia, porque

acalmar com simpatia o utente pode ser reconfortante e tranquilizante para o enfermeiro, no entanto o alívio que lhe concede será apenas temporário ou superficial.

Para o desenvolvimento da empatia pelo enfermeiro, este deve ter em atenção alguns aspectos:

§ Deve aumentar a sua capacidade de percepção da situação que o utente vive;

§ Deve desenvolver a sua capacidade de se colocar verdadeiramente no lugar do utente/doente e de ver o mundo como ele o vê;

§ Deve apoiar-se firmemente na sua realidade pessoal e ter consciência de que se trata de um problema do utente e não seu.

Neste processo empático a linguagem não verbal do enfermeiro assume grande importância, uma vez que permite ao utente reconhecer que o enfermeiro se preocupa com o seu problema e o compreende, assim como se é coerente com o seu discurso verbal. *“Ela reforça, contradiz ou cora a linguagem verbal. É a linguagem não verbal que na maior parte das vezes traduz os estados de alma relacionados com as palavras ouvidas”* (Lazure, 1994:105). Basta um sinal de cabeça, um pestanejar, um sorriso de cumplicidade ou um toque meigo e suave para demonstrar a compreensão que sentimos.

No entanto durante a comunicação verbal, as respostas empáticas devem ser curtas, concretas e precisas. Não existe a necessidade de utilizar uma grande quantidade de palavras, com a preocupação de demonstrar ao utente que nos preocupamos com ele, porque por vezes podem sentirem-se confusos nesse turbilhão de palavras. É fundamental também adequar sempre o vocabulário à idade e nível cultural do utente. Todavia, existem algumas atitudes por parte do enfermeiro que podem danificar a presença de uma atitude empática.

Em primeiro lugar a tradicional falta de tempo e de disponibilidade para escutar o utente, muitas vezes resultantes da forma como os serviços de saúde estão organizados.

Também a necessidade que por vezes o enfermeiro tem de mostrar resultados, assim como facto de não possuir algumas das características

necessárias à compreensão empática, o que conduz a uma atitude crítica com ideias pré-concebidas. Nestes casos, o enfermeiro que realiza juízos de valor, sem ter uma disponibilidade interior grande para se compreender a si próprio, pode criar situações em que não dando conta de tal, está a auto influenciar-se na compreensão empática que está a tentar desenvolver com o utente, negando desta forma a individualidade da pessoa.

Ainda uma outra atitude do enfermeiro é ignorar ou até mesmo negar o que o utente exprime. Quando o enfermeiro só se preocupa com os seus próprios problemas, tem ideias preconcebidas sobre o utente e sobre a sua vivência, não se apercebe de nenhum dos seus sentimentos ou subestima a sua intensidade, então está a dificultar o desenvolvimento empático (Lazure, 1994).

A compreensão empática na perspectiva de Hiroko Nagano

Acerca da empatia, acrescentamos ainda à abordagem anterior, a perspectiva de Hiroko Nagano, dado ser o autor da escala de relação de ajuda por nós utilizada no instrumento de colheita de dados deste estudo.

A compreensão empática é considerada por Carl Rogers como um conceito muito importante na atitude do enfermeiro e sucede sempre este profissional, enquanto pessoa, capta os sentimentos, emoções e pensamentos do utente através das suas palavras e comportamentos. Posteriormente, baseado na sua experiência pessoal, nos seus pensamentos, sentimentos e ideias, transmite -lhe de volta esses sentimentos que foram apreendidos. Dependendo da sua resposta, o enfermeiro poderá julgar se foram percebidos correctamente ou não (Nagano, 2000).

A compreensão empática é baseada no ponto de vista do enfermeiro, sobre as suas próprias experiências e percepções, e da forma como este consegue verdadeiramente perceber o ponto de vista do utente. Cada vez que o enfermeiro transmite ao utente o que percebeu e lhe confirma/mostra as suas emoções e sentimentos, faz com que o utente o sinta mais próximo.

No entanto, Nagano (2000) ao referenciar Rogers (1965) sublinha o facto que de como é importante o enfermeiro nunca perder a sua identidade. A

compreensão empática é a posição que lhe permite aproximar-se do utente e não se misturar com a sua identidade.

Para desenvolver a empatia é importante reflectir nas emoções e sentimentos do utente. Essa reflexão leva à correcta compreensão do mundo das emoções e sentimentos da pessoa, e é a base de ajuda de todos os seres humanos, neste sentido, os enfermeiros tomam muitas vezes o papel de conselheiros, e usam a compreensão empática para conseguir compreender o ponto de vista do utente, e posteriormente procurarem a melhor forma de o ajudar e combater a sua doença.

Contudo, percebendo a grande importância da empatia na relação utente/enfermeiro, estes precisam de ser treinados de como aconselhar com empatia, de forma a se tornarem eficientes. Neste sentido, os enfermeiros recém formados por vezes não têm ainda experiência em aconselhamento e não são capazes de expressar uma compreensão empática. O Micro-aconselhamento é uma abordagem sistemática para treinar faculdades de forma a os ajudar a serem mais eficientes e a perceber os sentimentos e emoções dos utentes. Isto é considerado como sendo o mesmo que a abordagem da compreensão empática desenvolvida por Rogers. Este método de micro-aconselhamento é um método de treino para ensinar os enfermeiros a aconselhar com compreensão empática. Este método envolve o enfermeiro nas seguintes actividades (Nagano, 2000):

- § Observar uma sessão modelo de aconselhamento;
- § Ouvir uma exposição das características/capacidades que deve usar;
- § Praticar uma sessão de aconselhamento usando as características/capacidades aprendidas;
- § Receber feedback do instrutor de micro - aconselhamento;
- § Repetir a sessão utilizando o feedback transmitido;
- § Trocar de papéis para praticar a sessão novamente.

Olhando para a empatia mas na perspectiva do enfermeiro, um grupo de investigadores reexaminou os seus elementos de construção. Descobriram quatro elementos na construção empática: moral, emocional, cognitiva e comportamentais. No entanto são muitos os elementos que fazem o

enquadramento e processo na perspectiva do enfermeiro. Esses elementos são: a pessoa que tem empatia, aquela que a recebe e a interacção de ambas. Ainda alguns elementos mais detalhados que influenciam a empatia são:

- § O interesse do enfermeiro pelo utente;
- § Uma postura activa sobre os cuidados;
- § As suas capacidades mentais;
- § Experiências idênticas que tenha vivenciado;
- § A idade e os anos de experiência profissional;
- § E ainda a sua personalidade.

Portanto a compreensão empática depende de questões individuais subjectivas, e é um conceito muito difícil de definir, contudo é uma ferramenta muito eficiente para estabelecer uma relação eficaz entre enfermeiro/utente.

O Respeito

O desenvolvimento da relação de ajuda, como um processo essencialmente humano, baseia-se em valores fundamentais, em que o respeito é um deles.

No estatuto dos direitos dos utentes mencionado no Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de Abril, Capítulo I, Artigo 5.º, alínea b) refere, entre outros aspectos, que os utentes têm direito ao “*respeito pela dignidade e a preservação da vida privada*”.

No entanto poderemos pensar que respeitar o utente significa ter por ele uma grande estima ou um grande reconhecimento pelo mérito ou pelas características que a pessoa possua. Mas de facto, no contexto da relação de ajuda, o respeito pelo utente é algo de diferente.

O respeito não é só uma questão de boa educação, é mais do que isso, é acreditar que o outro é único, com os seus ideais de vida, os seus pensamentos, a sua forma de estar e de ser, independentemente da sua cultura, credo ou condição social. É acreditar profundamente que o outro é único, e que devido a essa unicidade, possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que considera mais satisfatória. É também um reconhecimento de “*que ele é o produto de caracteres genéticos únicos, pelo agrupamento, e que estes interagem*

de modo singular com o meio ambiente. Por este motivo, existe apenas uma única pessoa a possuir estas características” (Nunes et al., 1997:174).

O respeito é uma das necessidades humanas mais profundas da pessoa que necessita de ajuda. Trata-se de agir de forma a comunicar-lhe que a respeitamos bastante e tentarmos compreendê-la exactamente o que vive.

Numa relação de respeito pelo outro, não há lugar para a mentira. O que não quer dizer que todas as verdades possam ser ditas em qualquer altura e de qualquer maneira. Ao falar a um doente sobre a probabilidade de um fim de vida relativamente próximo, no momento certo, pode acalmar o doente, aumentar a sua confiança no prestador de cuidados e alimentar a sua esperança numa morte serena na companhia de algum familiar, amigo e/ou do prestador de cuidados (conforme o desejo do doente). Contudo, só é possível respeitar os outros exactamente como eles são, quando nos conhecemos muito bem a nós próprios e nos aceitamos tal como somos. O respeito e reconhecimento do outro, investido de uma especificidade e de um valor infinito, exige do enfermeiro um crescimento e uma maturidade que lhe permite reconhecer em si próprio esta atitude.

Nesta linha de pensamento do conhecimento pessoal, Lazure (1999) considera que respeitar o outro começa pela nossa recusa em demonstrar que queremos ser diferentes daquilo que realmente somos. Quando os enfermeiros entram por este caminho, estão a criar uma ilusão aos utentes, uma vez que o que eles apreciam no enfermeiro não é a pessoa em si, mas sim uma imagem falseada que lhes é transmitida.

Existem algumas atitudes que o enfermeiro pode manifestar para como o utente, com o objectivo de manifestar o seu respeito (Queirós, 1999):

- § Interessar-se pelo utente;
- § Ser determinado e competente;
- § Encarar o utente como ser único;
- § Favorecer a afirmação do utente;
- § Acreditar no utente;
- § Respeitar a confidencialidade da relação de ajuda;
- § Assumir uma postura atenta;
- § Evitar juízos de valor;

- § Mostrar interesse e empenho pelo utente;
- § Manifestar a sua compreensão;
- § Ajudar o utente a desenvolver os seus próprios recursos;
- § Mostrar-se caloroso;
- § Mostrar-se autêntico.

Existem ainda mais duas atitudes que vão também no sentido da manifestação activa do nosso respeito pelo utente e complementam as anteriores.

Uma atitude é a pronta disponibilidade do enfermeiro do ponto de vista temporal e das suas energias, demonstrando-a ao utente através de comportamentos que traduzem o quanto ele é importante para aquele profissional (Lazure, 1999).

Outra atitude é o auxílio que é oferecido ao utente no sentido de o ajudar a enfrentar as suas emoções e os seus comportamentos, para que ele seja aquilo que realmente é. Esta atitude é um convite ao utente a descobrir-se a si próprio.

No entanto pode eventualmente o utente recusar esta descoberta e manter-se firme a uma imagem idealizada de si próprio, ou decidir recusar não explorar os seus recursos que lhe permitem continuar a desenvolver-se. Esta decisão pertence-lhe inteiramente, mas temos o dever de o ajudar a compreender e a avaliar as consequências da sua decisão, para que ele possa ter uma escolha esclarecida. Mas a última decisão é da sua inteira responsabilidade e mesmo que não corresponda à nossa opinião, devemos respeitá-la.

A recusa da sua verdadeira individualidade, recusa em decidir o seu caminho, recusa em conduzir a sua vida ou recusa em tomar decisões, poderá ser por medo do que realmente vai encontrar, do julgamento dos outros, das críticas, de não se sentir forte ou do medo de sentir verdadeiramente o poder que tem em si. Torna-se então necessário que o enfermeiro utilize a sua sensibilidade, de forma a tomar consciência da luta interior que o utente está a desenvolver, e desta forma acompanhá-lo e ajudá-lo no reconhecimento dessa luta e na conquista da sua verdadeira identidade.

No entanto existem alguns obstáculos que impedem a demonstração de uma atitude de respeito caloroso para com o utente. Esses obstáculos poderão

ser relacionados com o enfermeiro ou com o contexto em que se insere o cuidar. No que concerne ao enfermeiro, se ele não desenvolveu um crescimento pessoal, se não está moralmente desenvolvido a ponto de lhe permitir reconhecer nele próprio, os valores da dignidade da Pessoa, reconhecer que é um ser único com toda a especificidade que o caracteriza, então não será capaz de reconhecer essas mesmas características no utente.

Quanto ao contexto onde se insere o cuidar, pode ocorrer que os valores defendidos pelo enfermeiro não correspondam aos valores defendidos pelo utente. Nesse caso, pode ao enfermeiro parecer mais fácil e funcional, aceitar que o utente seja considerado apenas em função do diagnóstico que possui. A Pessoa passa a ser vista não como um todo, mas apenas uma parte de si mesmo, o seu diagnóstico. Esta atitude surge como uma desvalorização e recusa da individualidade da Pessoa, uma despersonalização total nos cuidados prestados, que frequentemente impedem o desenvolvimento da relação de ajuda.

A Capacidade de Escuta

A escuta activa constitui um método poderoso para ajudar a outra pessoa a resolver determinado problema, sendo por esse motivo essencial para a relação que se estabelece com o utente/doente. Parecendo à primeira vista simples, ela é complexa, pois tem como objectivo prestar atenção a todo o conteúdo da mensagem que é transmitida, para poder verdadeiramente compreender o outro.

Escutar é aceitar o facto de se deixar impregnar pelo conjunto das suas percepções externas e internas, é estar atento ao doente, para aceder à sua vivência pessoal. É também dizer ao utente, não com palavras mas com os nossos olhos, com o nosso rosto, com o nosso sorriso, que é importante para o enfermeiro e esta capacidade de escuta manifesta-se por uma atitude que exige aceitar o outro tal qual ele é, com as suas qualidades e defeitos. É acolher o utente com autenticidade, tal como ele se define a si próprio, sem nos substituímos a ele para lhe dizer o que ele diz ser (Hesbeen, 2000). Trata-se portanto de um processo activo e voluntário que se traduz por um comportamento físico (postura), observação (olhar o outro) e a escuta propriamente dita (audição).

No entanto, escutar não é somente ouvir ou constatar através do sistema auditivo a informação recebida. Ouvir é apenas a primeira etapa de uma escuta eficaz. Ouvir é compreender o utente pelo sentido da audição e nesta interpretação, o canal sensorial é chamado para dar o seu contributo. Como tal, para escutar o utente não se pode ficar apenas pelo ouvir, temos que ir mais adiante, caso contrário não podemos desenvolver uma ajuda real e verdadeira.

Quando a pessoa vivência um problema físico ou emocional, a ajuda será mais eficaz se o profissional mantiver uma atitude de escuta de forma a permitir ao outro reduzir a sua tensão emocional. *“O estado de vulnerabilidade que provoca um problema de saúde cria impacto no cliente e este necessita de se sentir importante – necessita de ser escutado pelo enfermeiro.”* (Oliveira et al. , 1995:30).

Em muitos estabelecimentos de saúde os doentes queixam-se de uma maior ou menor desumanização dos cuidados prestados. Referindo-se essencialmente a falta de sensibilidade perante o sofrimento físico e psicológico, á pouca atenção que lhes é concedida e á ausência de disponibilidade dos profissionais para os escutar. Pensamos que será talvez um dos motivos que levam actualmente os utentes a exigirem mais dos profissionais de saúde em termos relacionais. Neste sentido, se os enfermeiros desejam ser realmente pessoas de ajuda, então têm de ser capazes de desenvolver uma escuta atenta, honesta, acolhedora e cuidadosa (Teixeira, 2002). Sendo a capacidade de escuta uma atitude que deve ser desenvolvida pelos enfermeiros, uma vez que é uma via que permite ao enfermeiro compreender o utente e não se limita à audição como já constatámos, ela envolve tanto a linguagem verbal como a não verbal.

A linguagem verbal permite compreender aquilo que o doente diz voluntariamente, ou apenas quer dizer, relativamente ás suas vivências e ao seu estado afectivo. Por outro lado como a linguagem não verbal geralmente é mais espontânea, uma vez que os comportamentos não verbais não são fáceis de controlar, raramente enganam, pois são frequentemente inconscientes e involuntários. Por esse motivo estar atento ao comportamento corporal, como as contracções das pálpebras, a entoação e timbre da voz, as pausas, as variações

respiratórias, o rubor ou empalidecimento, a humidade da pele e o silêncio, podem ter grande significado.

O silêncio é um dos aspectos da linguagem não verbal muito importante e para o qual devemos de ter uma particular atenção, uma vez que pode assumir vários significados. Um doente em silêncio pode estar impregnado de emoções negativas, de hostilidade, de rancor, de cólera, pode significar medo, sofrimento (que por vezes é impeditivo das palavras saírem), pode também querer dizer que o utente procura dentro de si de uma resposta face ao que se precedeu, ou pode ainda significar alegria, que por vezes sendo tão intensa não consegue ser explicada por palavras. Phaneuf (2001:151) considera que “ *No decurso de uma entrevista, pode acontecer que a pessoa fique de repente silenciosa. Mas pouco importa as razões deste silêncio, quer se trate de uma sobrecarga emotiva, de uma necessidade de reflexão ou da dificuldade em encontrar as palavras para se exprimir, é preciso respeitá-lo*”.

O silêncio não é sinónimo de vazio nem de ausências numa relação, muito pelo contrário, é muitas vezes rico em movimentos internos desordenados ou tranquilos e para que esses movimentos dêem frutos, existe a necessidade de serem respeitados. No entanto, este silêncio inquieta os profissionais de saúde, aponto de o quebrar, por vezes prematuramente como que as ausências de palavras fossem um abismo a evitar. Estar atento ao silêncio é estar à escuta do que o outro vive de mais profundo, e faz parte de uma escuta integral que comporta três dimensões (Beirão e Simão, 2000):

- § Compreender e observar o comportamento não verbal;
- § Escutar e compreender as mensagens verbais;
- § Escutar e compreender de uma forma abrangente, quer no contexto da relação de ajuda, como da vida quotidiana da pessoa.

Enquanto escutamos é fundamental ter em atenção todas as mensagens que o utente nos quer transmitir, devemos por isso escutar com *todo o nosso ser*, porque quando o enfermeiro desenvolve esta escuta torna-se disponível para a comunicação na íntegra com o utente.

Como já vimos, não são apenas as palavras que ele pronuncia que exprimem mensagens, mas também as suas expressões faciais que complementam as transmitidas pelas palavras, chegando muitas vezes a contradizer aquilo que transparecia através destas.

Esta temática da escuta é deveras importante, quer no âmbito do auto – conhecimento como do desenvolvimento pessoal, porque o denominador comum a todas as práticas cuidadoras é o ser humano, e saber escutar o outro, é sabermos nos escutar a nós próprios.

Objectivos da escuta e aspectos a ter em consideração

Através do desenvolvimento de uma escuta activa com o utente, o enfermeiro pretende manifestar-lhe o como que ele é importante para este profissional. Pretende também identificar quais as suas emoções, assim como ajudar o utente a identificar as suas necessidades e dificuldades, para depois em conjunto realizarem um plano de acção que seja realista e eficaz no combate real do seu problema.

Para que o enfermeiro possa escutar eficazmente deve ter em consideração alguns aspectos (Lazure, 1994):

É fundamental o enfermeiro concentrar-se no desejo de estar em relação estreita com o utente. Necessita de afastar as suas preocupações pessoais de forma a sentir-se calmo. Então depois, consciente dessa calma e serenidade, o enfermeiro prepara-se para abrir o seu espírito e acolhê-lo inteiramente. Por vezes uma inspiração profunda pode facilitar a abertura à escuta;

§ Escolher um lugar calmo e favorável à escuta;

§ Adoptar uma distância confortável perante o utente, tendo em atenção a sua origem étnica e a sua cultura, uma vez que há pessoas com culturas diferentes e por esse motivo podem não reagir do mesmo modo à proximidade física;

§ O enfermeiro deverá instalar-se confortavelmente de modo a que ele e o utente se possam ver mutuamente. O enfermeiro que sabe escutar não executa cuidados de enfermagem de uma forma automática, mas pelo contrário está

atento a todas as reacções verbais e não verbais do utente, porque escutar é cuidar, e cuidar inteiramente;

§ De forma a fazer sentir o utente mais próximo, o enfermeiro deverá se debruçar ligeiramente sobre ele, revelando esta atitude interesse pela sua pessoa e pelas suas preocupações;

§ Para uma escuta eficaz é importante adoptar uma atitude corporal de abertura, deste modo deve evitar cruzar os braços, apoiar-se constantemente num dos membros inferiores, mexer nervosamente os dedos, pois estes comportamentos poderão levar os utentes a distraírem-se ou a sentirem-se inquietos;

§ O enfermeiro para desenvolver uma escuta eficaz deverá olhar o utente de frente, sem no entanto o fixar nos olhos, pois este facto pode aumentar a ansiedade do utente. Torna-se de extrema importância respeitar os aspectos culturais dos utentes, uma vez que o facto de se olhar de frente poderá ser tomado como uma indelicadeza;

§ Saber fazer silêncio dentro de si própria e evitar fazer juízos de valor. Para se certificar que realmente escutou o utente, é fundamental reformular junto dele, utilizando as suas próprias palavras, o que este acaba de lhe dizer;

§ Conceder atenção aos comportamentos não verbais. Por vezes estes podem contrariar a expressão verbal;

§ Ser honesto é essencial na escuta. Se o enfermeiro pensa que ouviu mal ou que estava distraído, deve pedir desculpa e solicitar que este repita, antes que o utente sinta que aquilo que estava a dizer não era importante. Ao ter esta atitude o utente sabe que pode confiar verdadeiramente no enfermeiro, porque este revelou as suas fraquezas e demonstrou que ninguém está livre de errar;

§ De forma a escutar realmente o utente o enfermeiro deverá descobrir as mais pequenas ocasiões para estar em contacto com ele. Assim, todos os cuidados físicos e tratamentos devem constituir um pretexto para a escuta e para a ajuda;

§ Perante o silêncio de utente, o enfermeiro deverá conceder-se alguns segundos de reflexão. Estes momentos são muito importantes porque fornece algum tempo para integrar a pergunta e elaborar a resposta.

Saber como escutar correctamente é fundamental para desenvolver uma ajuda real e verdadeira ao utente, no entanto criam-se alguns obstáculos à escuta. O facto de o enfermeiro estabelecer uma escuta selectiva, escolhendo apenas as mensagens que se coadunam com os seus próprios valores e interesses. Também por não respeitar a unicidade da pessoa, impondo a sua forma de estar e de pensar, não estando disponível afectivamente para o utente no sentido de falar com o utente temas e interesses do seu agrado.

Estes obstáculos são prejudiciais à escuta activa. A escuta bem conduzida influencia a capacidade da pessoa se expressar e a nitidez da mensagem transmitida. Gera ainda um efeito tranquilizador e redutor de tensões, além de que a atenção prestada à pessoa cuidada produz um efeito positivo para a auto-estima e a identidade.

Seguidamente abordamos as competências pessoais do enfermeiro por considerarmos fundamentais que este as desenvolva para a prática da relação de ajuda.

2.4.2 Competências pessoais do enfermeiro

O desenvolvimento de uma relação de ajuda plena e verdadeira exige uma valorização da Pessoa, como ser único que é com toda a sua especificidade e um reconhecimento humilde de que aqueles de quem cuidamos possuem todo um conjunto de saberes, vivências e histórias próprias de cada um. Esta valorização e reconhecimento da Pessoa impõem aos enfermeiros um conhecimento profundo de si próprios.

Todas as pessoas têm uma linha de vida, um trajecto próprio, um percurso, que seja ele qual for, merece ser respeitado por todos, mais ainda por aqueles que cuidam. Neste sentido, *“A vida pode ser representada por um caminho mais ou menos longo em que cada um avança. Não há que ver nesta expressão qualquer conotação religiosa, trata-se simplesmente de uma metáfora. O nosso caminho é único, não será percorrido por mais ninguém senão por nós próprios, mesmo que nos sintamos muitas vezes muito próximos de alguém, e caminhemos juntos na mesma direcção”* (Hesbeen, 2000:26).

Os enfermeiros para além de deverem ter humildade suficiente para reconhecer que não possuem todas as respostas para os utentes, devem também aceitar respeitosamente que o utente/doente, tal como nós, possui uma vida inteira de conhecimentos de si próprio que deve ser compreendida. Esta atitude de aceitação permite cuidar o outro na sua globalidade, no seu todo, excluindo toda a possibilidade de tratar apenas um diagnóstico, ou a parte afectada. Mas é não só importante o reconhecimento do percurso de vida do doente, como também que o enfermeiro reconheça o seu próprio percurso, uma vez que este reconhecimento lhe permite alcançar outros níveis de auto-conhecimento e obter uma satisfação crescente pela sua progressão nesses níveis e pelo desenvolvimento das dimensões da relação de ajuda.

No entanto, o percurso de vida de cada enfermeiro, a sua história de vida, a sua família e ambiente social, as ligações afectivas, juntamente com a forma como as desenvolve, vai condicionar as suas representações e interpretações do real, sobre as quais vai construindo a sua emotividade. Esta construção da emotividade não é um processo fácil, por vezes torna-se bastante complexo para o próprio e de difícil compreensão, uma vez que ele pode não conseguir exprimir a sua própria emotividade, afectos e sentimentos, e desta forma não conseguir ser uma ajuda real para o utente.

O conhecimento profundo que o enfermeiro tem de si próprio e a compreensão das suas crenças, dos seus hábitos, dos seus receios, permite-lhe tomar consciência dos seus mecanismos de projecção e de defesa, e adquirir autenticidade e confiança que lhe possibilita melhorar a qualidade dos cuidados que presta. Mas, deve em primeiro lugar responder à pergunta “Quem sou eu?”. Esta pergunta, juntamente com as respostas, permitem que cada encontro com o utente, sejam momentos de grande contacto entre duas pessoas em crescimento, evitando assim momentos em que alguém que sabe e tem mais poder, o exerce sobre aquele que não sabe e, naquela circunstância, não tem poder. O facto do enfermeiro se conhecer e estar de acordo consigo próprio, torna este profissional num cuidador mais eficaz. No entanto, às vezes o conhecimento de nós próprios, e dos outros, torna-se difícil devido aos nossos medos e se temos receio de lidar com o sofrimento e os medos dos utentes, é porque não sabemos lidar com os

nossos próprios medos e o nosso sofrimento. Temos medo de ser rejeitados, julgados ou de nos encontrarem aspectos desfavoráveis. Temos medo do impacto das nossas palavras, dos nossos gestos e dos nossos pensamentos, medo de correr riscos e de falhar ou de sermos obrigados a desdizermos-nos, medo de piorar as situações. Todos estes medos nos impedem de crescer e de nos darmos a conhecer a nós próprios como aos outros. Têm origem frequentemente em crenças sem fundamento, que adquirimos e nos impedem de nos conhecermos a nós próprios assim como aos outros. Passamos a citar algumas dessas crenças (Lazure, 1994):

§ Considerar que é sempre obrigatório sermos amados e apreciados pelas pessoas que são importantes para nós;

§ Considerar que é necessário sermos sempre competentes em todas as áreas, e principalmente demonstrá-lo constantemente;

§ Considerar que é necessário saber-se sempre o que se quer, de forma a sermos sempre eficientes;

§ Considerar que é necessário sentirmo-nos sempre magoados, quando as pessoas realizam coisas inaceitáveis que nos tocam e como tal devem serem sempre culpadas e castigadas;

§ Considerar que é necessário nunca termos problemas. Se por acaso eles surgirem, devemos de ter necessariamente soluções rápidas e fáceis para os resolver;

§ Considerar que é sempre preferível privilegiar a fuga em vez de desenvolver uma disciplina pessoal, reduzindo desta forma as exigências da sua pessoa, relativamente às dificuldades da vida;

§ Considerar que o passado tem um poder tal, que determina de forma absoluta o que somos, fazemos e sentimos no momento presente;

§ Considerar que ao cultivar unicamente a passividade, asseguraremos a nossa felicidade e apenas nos basta deixarmo-nos viver;

§ Considerar que é necessário dramatizar sempre e transformar numa catástrofe pessoal a violação das crenças mencionada anteriormente.

A forma de agir e de estar de cada enfermeiro poderá estar condicionada pela percepção que tem do que é ser enfermeiro para os outros colegas. Desta forma, as atitudes de cada um podem não surgir espontaneamente, antes emergem de um percurso mútuo que os enfermeiros desenvolvem em conjunto e que lhes influencia de uma forma positiva ou negativa, ou seja, vão originar novos comportamentos e atitudes. Nesta perspectiva, os enfermeiros têm o dever de estar atentos ao seu crescimento, como já vimos, mas também de contribuir para o crescimento do outro enfermeiro, estando para tal atento às suas atitudes e comportamentos.

Também através de uma reflexão, quer individual como conjunta, os enfermeiros podem avaliar os procedimentos e a conduta de cada um, de uma forma construtiva, aferir e limar aqueles aspectos que não foram tão correctos, no sentido de que cada vez mais possamos respeitar os nossos utentes e responder de uma forma responsável e de grande qualidade às suas necessidades de vária índole. Esta atitude reflexiva é facilitadora de um conhecimento profundo de nós próprios e consequentemente conduz-nos a um desenvolvimento profissional e pessoal, que nos permite obter melhores condições para respeitar o outro.

O enfermeiro que se preocupa com o seu desenvolvimento pessoal, tem um desejo de se conhecer melhor, de evoluir, de ultrapassar certos bloqueios, a fim de saber comunicar melhor, de manter as relações familiares e de amizade, mais satisfatórias (Rispaill, 2002). Neste sentido este autor considera que as viagens, as leituras e os encontros entre familiares e amigos que vamos realizando ao longo da vida, fazem parte desta longa caminhada. A disponibilidade para o crescimento será tanto maior quanto mais o enfermeiro tenha compreendido os mecanismos que utilizou para não ter vivenciado os outros aspectos da relação, tendo porém a consciência que eram inconscientes.

Ser enfermeiro é portanto mais do que saber fazer. Contrariamente a algumas profissões para quem a pessoa não constitui o objecto directo da sua competência, para o enfermeiro a sua principal atenção é justamente a Pessoa com todas as suas características. Por esta razão, para além de o enfermeiro desenvolver o seu saber e o seu saber - fazer, deve também desenvolver o seu

saber - ser, tanto consigo próprio como com o outro, de modo a que haja lugar à maturidade e desenvolvimento pessoal de ambos os lados.

Abordaremos ainda o desenvolvimento pessoal, mas na perspectiva da teoria de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner, e nesta perspectiva, da grande importância que assumem os contextos e as relações interpessoais.

Desenvolvimento pessoal na perspectiva de Bronfenbrenner

Considerámos pertinente fazer uma abordagem a Urie Bronfenbrenner, como estudioso do desenvolvimento humano, visto este autor defender a teoria que os contextos têm influência no desenvolvimento pessoal dos indivíduos, neste caso dos enfermeiros. Dado que para o bom desenvolvimento da relação de ajuda com o utente e de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados, o desenvolvimento pessoal do enfermeiro é fundamental. Assim sendo, vamos seguidamente abordar esta perspectiva do ponto de vista dos contextos.

O desenvolvimento ecológico de Bronfenbrenner surgiu em 1979 e trata-se de uma perspectiva teórica que considera que o desenvolvimento da Pessoa, em constante crescimento, tem a ver directa ou indirectamente com todo o contexto onde esta se insere. Este conceito é transversal nas diferentes perspectivas ecológicas e procura estudar não só a interacção entre o sujeito/ambiente, mas também entre ambiente/sujeito, uma vez que o ambiente é dinâmico e interactivo. Neste sentido, o comportamento humano não poderá apenas ser compreendido em função das características de cada um, mas também em função do meio onde se insere.

No entanto, Bronfenbrenner diferencia os diferentes contextos consoante a sua influência. Um considerado mais imediato, mais próximos do indivíduo, denominado por micro-sistema. Outro um pouco mais afastado, mas que não deixa de influenciar o indivíduo, denominado por exo-sistémica, e outro ainda mais afastado designado por macro-sistema. Uma vez que no processo supervisivo é fundamental compreender as relações que se estabelecem entre os processos de interacção que ocorrem desde o **micro** até ao **macro-sistema**

(dado que estas influenciam as condições do desenvolvimento do indivíduo), vamos seguidamente abordar cada um dos sistemas apresentados na Figura 2.

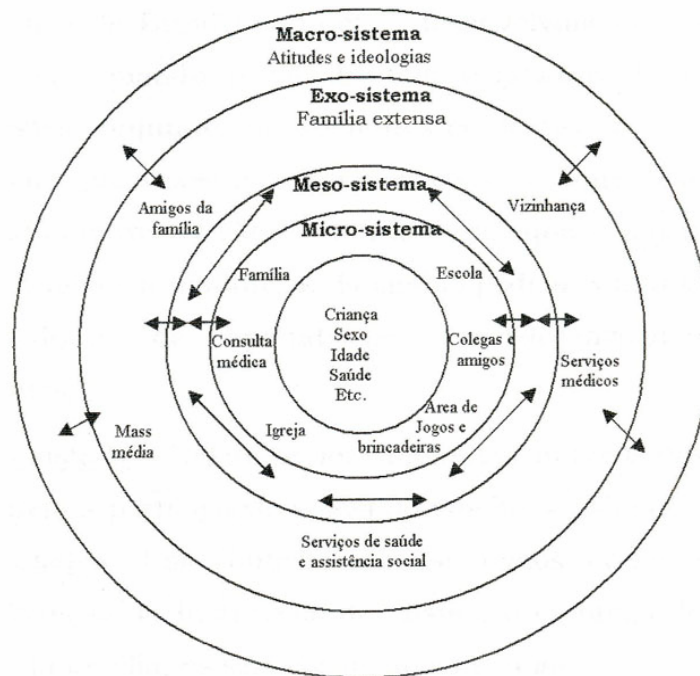


Figura 2 - Ambiente ecológico do desenvolvimento humano. *In*: Portugal (1992:40)

O **micro-sistema** refere-se aos amigos mais próximos, à família, ao nosso local específico de trabalho, ou a qualquer outro ponto que tenha um contacto mais chegado com a pessoa. Numa perspectiva profissional e na área da saúde, os enfermeiros pertencem a uma equipa de trabalho onde é fundamental ter um relacionamento agradável e produtivo com os colegas, com os outros profissionais e com os utentes/doentes, agindo sempre de uma forma pessoal e atendendo constantemente à especificidade de cada um e de cada situação. No entanto, as influências dos outros sistemas (amigos da família, vizinhos, comunicação social, etc.) contribuem e por vezes alteram os seus comportamentos e atitudes, assim como o modo de estar. Isto porque os ambientes em que o indivíduo participa não são estanques, os contextos encontram-se articulados entre si, eles comunicam entre si, e a forma como comunicam vai influenciar as experiências dos enfermeiros. Bronfenbrenner

chama a este sistema que trespassa os limites dos diferentes contextos de **meso-sistema**. O meso-sistema tem a ver com as inter-relações entre os contextos em que o indivíduo participa activamente. São exemplos as relações entre os micro-sistemas família e colegas ou colegas e amigos.

O **exo-sistema** diz respeito aos ambientes que apesar de não terem uma participação activa no sujeito, o afectam, como por exemplo dentro de uma instituição de saúde e a influência indirecta que a administração da mesma pode ter sobre o indivíduo.

O **macro-sistema**, é constituído pelos valores, crenças, ideologias, estilos de vida, isto é, pelos modelos gerais que subjazem às estruturas ou actividades que ocorrem nos vários contextos (Sá-Chaves, 2000). É exactamente o macro-sistema, que se encontra em constante progresso e que exerce maior influência nos indivíduos.

De cada vez que o enfermeiro experiêcia um novo contexto, realiza outras actividades, desempenha outros papéis ou estabelece novos ou diferentes relações interpessoais, estes três factores – actividades, papéis e relações interpessoais, permitem-lhe estabelecer uma transição ecológica que é determinante para o seu desenvolvimento humano. A variedade de vivências em outros contextos é importante para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro, na medida em que no desempenho de diferentes papéis do habitual é alterada a sua capacidade de percepção e da acção, e neste sentido aumenta-lhe a capacidade de empregar estratégias adequadas à realidade percebida. É como se adquirisse uma nova visão, mais autêntica e próxima da realidade dos acontecimentos e atitude que experiêcia e observa. Esta nova visão permite ao enfermeiro uma compreensão superior àquela que se tem quando se permanece muitos anos no mesmo local de trabalho, no mesmo contexto, e a estabelecer relações interpessoais com as mesmas pessoas.

Neste sentido a oportunidade que cada enfermeiro tem de trabalhar num serviço diferente do seu habitual, ou de experiêcia uma transferência para outro serviço, devem ser vistas como benéficas e promotoras do desenvolvimento da pessoa, e não como por vezes ocorre, algo que lhes perturbe um aparente sossego redutor.

Estas transições ecológicas geralmente envolvem relações interpessoais, e sempre que o enfermeiro em determinado contexto presta atenção ao outro e se interrelaciona com ele surge uma díade. As díades assumem grande importância no desenvolvimento de ambas as partes e são caracterizadas por marcas de reciprocidade, equilíbrio de poder e relação afectiva. Damos como exemplo a díade enfermeiro/utente, supervisor/supervisado. Estas díades são fundamentais para o desenvolvimento da relação de ajuda entre enfermeiro/doente, uma vez que se torna difícil este desenvolvimento, se não existir um comprometimento por parte do enfermeiro para com o outro, uma atenção prestada, uma empatia, um desejo de ajudar, uma grande relação afectiva que perdura para além do contacto próximo que tiveram. Este tipo de díade é denominada de díade primária.

Num contexto de desenvolvimento recíproco, e de acordo com Portugal (1992) citado por Sá – Chaves (2003), poderemos esquematizar os três tipos de díades apresenta no Quadro 2.

Díade	Caracterização
Observacional	Sempre que um sujeito presta atenção à actividade de outro, que por sua vez reconhece o interesse demonstrado pelo primeiro.
Actividade conjunta	Mais interactivas, interdependentes e partilhadas. São já uma transformação da díade observacional, exigindo alterações no equilíbrio do poder e na partilha de responsabilidades: os dois participantes fazem algo em conjunto
Primária	Exigem uma forte relação afectiva em sinal positivo, continuando a existir mesmo depois da separação dos membros, sabendo que, apesar de não se encontrarem fisicamente juntos, mantêm a sua influência.

Quadro 2 - Díades e sua caracterização. *In*: Bronfenbrenner citado por Portugal (1992)

Para além dos efeitos benéficos das díades nos processos de desenvolvimento das duas pessoas envolvidas, não podemos ignorar os efeitos mais alargados que têm nos outros profissionais, uma vez que no saudável ambiente que é estabelecido na interacção diádica, podem ser observados os ganhos para as partes envolvidas e funcionar para outros como modelo a seguir. Estas reflexões levam-nos ao conhecimento mais profundo das nossas práticas e

nós próprios, mantendo activa a nossa “*dimensão meta-reflexiva e a função meta-reguladora da praxis profissional, (...) a condição indispensável para o desenvolvimento e para a transformação na qualidade: de si próprio e das situações que experiência*” (Sá-Chaves, 2000:103). E é a qualidade que os nossos utentes exigem e esperam de nós.

Finalizamos este primeiro capítulo com a abordagem aos níveis de competência do enfermeiro segundo Benner (2001), seguindo-se depois as competências relacionais e pessoais em que referenciámos a perspectiva de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner e a importância que os contextos assumem no desenvolvimento de enfermeiro.

O próximo capítulo refere-se à temática do suporte social e à sua influência nos indivíduos.

CAPÍTULO 3. A Satisfação Social como Suporte Social

Sendo actualmente um dos principais conceitos da psicologia da saúde, o suporte social tem assumido um papel importante na saúde e no bem-estar da pessoa, quer seja em situação de doença, de ausência dela ou em fase de recuperação da mesma.

Nas páginas que se seguem vamos abordar alguns aspectos relacionados com o suporte social da pessoa.

3.1 Conceitos de Suporte Social

Diversos têm sido os conceitos atribuídos a Suporte Social dependendo dos diferentes autores. Tem sido bastante estudado nas últimas décadas, tanto na sua conceptualização, como na sua aplicação à investigação.

As definições mais antigas, como a de Cobb (1976), citada por Santos *et al.* (2003a), referem que o Suporte Social era entendido como toda a informação disponível ao indivíduo para crer que é cuidado, amado, valorizado e que faz parte de uma rede de comunicações e obrigações recíprocas. Actualmente é entendido como a acessibilidade que a pessoa tem, fornecida pelas relações que esta desenvolve com as outras pessoas. Reporta-se ao conjunto de transacções interpessoais desenvolvidas com a família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, patrão, ou outros profissionais. Essas transacções interpessoais incluem aspectos relevantes para a pessoa, como o seu reconhecimento por parte dos outros, e o apoio emocional e instrumental (bens e serviços).

Suporte Social refere-se aos recursos que o indivíduo tem ao seu dispor, assim como das unidades sociais (entenda-se por exemplo a família), face aos pedidos de ajuda e de assistência. É um amparo que em situações de dificuldade/crise, apoia a pessoa e alivia o seu stress. Quando a pessoa está doente o Suporte Social tem um papel positivo na sua recuperação, e pode até evitar que a pessoa entre na doença (Ribeiro, 2004).

Existem vários tipos de Suporte Social e muitos são os autores a referir as suas distinções, um dos quais Tojal *et al.* (2005). Este autor distingue Suporte Social Psicológico de Suporte Social Percebido e Recebido, sendo Suporte Social

Psicológico entendido como aquele que se refere ao fornecimento de informação, e Suporte Social Percebido e Recebido como sendo respectivamente o Suporte Social que a pessoa depreende como aquele que está disponível para o caso de precisar, e aquele que foi adquirido por alguém.

Já Ribeiro (2004) distingue Suporte Social Descrito e Suporte Social Avaliado. O primeiro refere-se à presença de um tipo próprio de comportamento de suporte e o segundo à avaliação desse comportamento de suporte como sendo satisfatório ou que tenha servido de ajuda. Suporte Social pode ainda ser informacional, emocional ou material, e no que diz respeito a quem o fornece pode ser pessoal ou interpessoal (que é fornecido por familiares, amigos ou pessoas conhecidas), ou formal (que é fornecido por associações, podendo estas ser de grupos religiosos ou não, ou por organizações governamentais ou não governamentais mas que tenham por base apoios comunitários).

Relativamente às fontes de Suporte Social podem ser duas, Formal e Informal. A primeira refere-se às organizações sociais de carácter formal (hospitais, serviços de saúde ou programas governamentais), como aos profissionais (médicos, psicólogos, etc.), que de forma a prestar ajuda às pessoas necessitadas se organizaram para esse fim. A segunda refere-se aos grupos sociais (igreja, clubes, etc.) e aos indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, etc.) que poderão dar apoio nas actividades do dia a dia da pessoa, tendo estas ficado impedidas de as realizar autonomamente face a acontecimentos de vida. Esta fonte assume grande importância tendo sido já reconhecida, dado que é comum uma grande parte da população recorrer à família, vizinhos e amigos com muito maior assiduidade do que recorre aos técnicos de saúde ou aos denominados sistemas de Suporte Formais.

A satisfação dos indivíduos quanto à sua vida social é uma variável que explica muito bem os resultados de saúde, dadas as suas implicações em processos cognitivos e emocionais ligados ao bem-estar e à qualidade de vida (Coelho & Ribeiro, 2000). Podemos desta forma dizer que o Suporte Social é um conceito muito abrangente e engloba um grande conjunto de componentes e aspectos. São alguns desses componentes os que vamos abordar de seguida.

3.2 Componentes e Dimensões do Suporte Social

Os componentes e as dimensões do Suporte Social têm um impacto diferente nos indivíduos, estando no entanto interligados entre si (Ribeiro, 2004). Este autor considerando cinco componentes de Suporte Social que são os seguintes:

§ Componente constitucional – esta componente refere-se às necessidades e à congruência entre elas e ao suporte existente.

§ Componente relacional – refere-se ao estatuto familiar, ao estatuto profissional e à participação em organizações sociais.

§ Componente funcional – refere-se ao suporte disponível que o indivíduo tem, ao tipo desse suporte (emocional, material, informacional) e à qualidade e quantidade de suporte.

§ Componente estrutural – diz respeito à proximidade física, à frequência dos contactos, à proximidade psicológica e ao nível da relação.

§ Componente satisfação – refere-se à ajuda que é fornecida e à sua satisfação.

Relativamente às dimensões existe algumas que se têm revelado ter um papel valioso para o bem-estar da pessoa. São elas:

§ Tamanho da rede social – refere-se ao número de pessoas abrangidas pela rede de suporte social.

§ Frequência de contactos – refere-se ao número de vezes que o indivíduo contacta com os membros da rede social.

§ Existência de relações sociais – diz respeito tanto às relações particulares, como o casamento, como às gerais, que são aquelas que se desenvolvem na pertença a um grupo social (ex: igreja, clube, etc.).

§ Tipo e quantidade de suporte – refere-se ao tipo e à quantidade de suporte que as pessoas que compõem as redes sociais disponibilizam.

§ Necessidade de suporte – designa a necessidade de suporte que é manifestada pelo indivíduo.

§ Dependência – designa a dimensão em que o indivíduo pode confiar na rede social de suporte.

§ Congruência – designa a dimensão em que o suporte social disponível se equipara com a que a pessoa necessita.

§ Reciprocidade – refere-se ao suporte social recebido e aquele que é fornecido.

§ Utilização – diz respeito à extensão das redes sociais a que o indivíduo recorre quando necessita.

§ Proximidade – diz respeito à extensão da proximidade que o indivíduo sente em relação às pessoas que disponibilizam suporte social.

§ Satisfação – designa a utilidade e o tipo de ajuda que são sentidos pela pessoa face ao suporte social.

Num estudo efectuado em que foram cruzadas várias medidas susceptíveis de avaliar as diferentes dimensões de Suporte Social, revelou que para a população portuguesa, a família é a fonte de Suporte Social mais valorizada (Tojal *et al.*, 2005).

3.3 Suporte Social e Saúde dos Indivíduos

Actualmente enfatiza-se a importância do Suporte Social no decrescimento dos efeitos nocivos do stress, assim como no bem-estar e qualidade de vida do indivíduo saudável ou doente (Santos *et al.*, 2003a).

Ribeiro (2004) realizou um estudo a 609 inquiridos com objectivo de conhecer quais os suportes sociais a que estes atribuíam maior ordem de grandeza para a sua satisfação social. Abordou aspectos como o número de amigos, frequência de contactos e intensidade dos mesmos, a existência ou não de amigos íntimos e a existência de redes sociais, mesmo que seja com amigos. Concluiu haver uma forte correlação entre suporte social/saúde, suporte social/bem-estar e suporte social/mal-estar.

Um outro estudo realizado acerca do suporte social dos indivíduos e do papel que possui enquanto moderador do impacto das condições de trabalho

concluiu que existe uma relação entre suporte social e as queixas somáticas dos indivíduos.

Existe uma forte correlação entre Suporte Social e o estado de saúde dos indivíduos, contudo persiste a dúvida acerca de que forma um, influência o outro. O Suporte Social e a saúde podem ser englobados em quatro categorias:

§ A perda de Suporte Social é deveras stressante para os indivíduos Estes autores consideram que quem tem suporte social e por alguma razão o perde, então o stress surge;

§ Os indivíduos que não têm Suporte Social é para eles uma condição geradora de stress – ou seja, a ausência de suporte social é por si só a causadora do stress;

§ O Suporte Social é considerado benéfico para os indivíduos – O suporte social torna as pessoas mais fortes e em melhor estado para conseguirem enfrentar as adversidades que a vida pode trazer, neste sentido o suporte social é visto como um recurso dos indivíduos quer em situações de stress, quer na ausência delas;

§ O Suporte Social actua como uma protecção contra o mal-estar que é gerado pelo stress – O suporte social é entendido aqui como moderador do stress, ou seja, o suporte social impede que o stress afecte negativamente os indivíduos, e por outro lado, uma vez que o stress afecta toda a gente, na presença do suporte social os efeitos nefastos do stress são reduzidos.

Actualmente vários autores consideram a existência de uma relação directa entre o nível de Suporte Social e o risco de padecer de diversas doenças. O stress poderá reduzir rapidamente e de uma forma bastante significativa a eficácia do sistema imunitário, aumentando assim a probabilidade de doença. Da mesma forma, o Suporte Social pode funcionar como factor protector, na medida em que é capaz de reduzir o risco de doença e aumentar a sensação de felicidade e bem-estar de um indivíduo. Dito de outra forma, o efeito negativo que o stress pode causar sobre a saúde e o bem-estar de um indivíduo, é menos violento em indivíduos que possuam um forte Suporte Social, comparativamente com aqueles

que o possuem deficitário. Este efeito atenuador é designado por *efeito de amortecedor de Suporte Social*.

Na prática clínica observa-se com frequência, o efeito positivo da atenção suplementar dispensada aos doentes, em termos de bem-estar e reabilitação física, o que leva a acreditar que o apoio emocional pode substituir ou compensar a perda resultante da doença (Coelho & Ribeiro, 2000).

Vários estudos efectuados na década de 80 revelaram a enorme importância do Suporte Social na adaptação à doença oncológica, evidenciando que os doentes com níveis superiores de Suporte Social Percebido apresentavam processos de adaptação mais positivos (Santos *et al.*, 2003a).

Também num estudo efectuado por Berkman e Syme (1979) e citado por Tojal *et al.* (2005), a 4700 homens e mulheres num período de 9 anos, em que avaliarem o nível de Suporte Social, revelou que um aumento do nível de Suporte Social predizia uma diminuição na taxa de mortalidade.

Ainda outro estudo realizado por Lynch (1977) e citado pelo mesmo autor, acerca da relação entre o estado civil dos indivíduos e a taxa de mortalidade destes devido a doenças coronárias, concluiu ter havido uma suposição implícita de o casamento ser uma fonte eficaz de suporte social, dada serem os casados os que apresentavam taxas de mortalidade inferiores aos viúvos, divorciados ou solteiros.

Poderemos concluir que para os indivíduos que possuem um forte Suporte Social, este funciona como que um recurso ou uma protecção dos impactos negativos que o stress ou outras doenças podem provocar, assim como está também relacionado com o bem-estar e uma diminuição dos efeitos prejudiciais do stress.

No próximo capítulo abordamos a supervisão clínica em enfermagem. Iniciamos pela explanação do conceito de supervisão dado ser transversal a todas as áreas, e depois direccionamos para a supervisão clínica.

CAPÍTULO 4. Supervisão Clínica em Enfermagem

Nos últimos anos o conceito de supervisão sofreu alterações com a pertinente mudança de paradigma.

Cada vez mais este conceito é associado ao processo de aprendizagem, de construção de conhecimento e de desenvolvimento quer pessoal como profissional. Sendo a supervisão um conceito transversal a todas as profissões, no contexto da saúde ela contribui para que estes profissionais criem as condições indispensáveis para o desenvolvimento e transformação na qualidade das práticas dos cuidados de enfermagem.

A supervisão como processo intrapessoal e interpessoal de formação profissional, *abre o caminho* da qualidade nas instituições de saúde, (Sá – Chaves, 2000).

4.1 Conceitos e Estratégias de Supervisão

O conceito de supervisão tem assumido ao longo dos tempos diversas definições. Quando na década de 80 se dava os primeiros passos da supervisão em Portugal, este conceito conduzia-nos para conotações de poder e de um relacionamento sócio-profissional bastante hierarquizado, totalmente contrário ao respeito e à dignidade humana, assim como às capacidades formativas de cada um.

Sá – Chaves (2000) ao fazer referência sobre as definições disponibilizadas pelo dicionário para os conceitos de supervisão, refere que este remete-nos para o acto ou efeito de dirigir, de orientar ou inspeccionar, sendo o acto de supervisionar um acto de direcção, orientação ou inspecção, realizado a partir de uma posição superior, ou a partir de alguém supostamente mais qualificado. Na mesma linha de pensamento, Alarcão & Tavares (2003), referem que o conceito de supervisão, também registado em dicionário, nos remete para o termo de fiscalidade e superintendência.

Felizmente que o conceito de supervisão evoluiu e a supervisão é hoje uma actividade que visa o desenvolvimento e aprendizagem dos profissionais. Ele tem vindo a ser encarado não apenas como um processo em que ao supervisor se

atribui as funções de dirigir, orientar ou inspeccionar, mas também, como promotor do desenvolvimento do supervisionado, tendo em atenção uma perspectiva mais abrangente, global, holística.

Estas duas perspectivas de supervisão conduzem a práticas distantes, quer orientadas por objectivos e processos fortemente dirigistas e/ou fiscalizadores, quer por objectivos e processos mais flexíveis, baseados no aconselhamento e na orientação da pessoa, com o intuito do seu crescimento e desenvolvimento.

Nesta segunda perspectiva, o supervisor tem a possibilidade de desenvolver o papel de conselheiro e de conduzir o seu supervisionado, de modo a lhe facilitar e promover o desenvolvimento dos seus mecanismos de aprendizagem e de conhecimento. Esta perspectiva de supervisão permite prolongar o relacionamento profissional a um relacionamento mais humano, mais próximo, mais chegado, onde haja lugar para o afecto e a amizade consentida e neste ambiente surja a oportunidade do afecto e de redimensionar e requalificar o clima relacional, contribuindo assim para um ambiente favorável à formação.

Nesta óptica, a supervisão é entendida como um processo mediador dos processos de aprendizagem e de desenvolvimento da pessoa, mas também do próprio supervisor, podendo de acordo com a natureza da interacção criada, ser facilitadora ou inibidora. Assim, o supervisor deve procurar estar atento às necessidades formativas, às motivações, às capacidades e competências profissionais da pessoa, para que a sua intervenção e comunicação, seja ajustada e lhe ajude a prosperar e a aceder a um saber, a um saber – fazer e a um saber – ser (Sá - Chaves, 2000).

Nestes conceitos de supervisão predominam o aspecto da relação de ajuda, dado que quando enunciadas as tarefas a realizar pelo supervisor, em todas elas existe uma subordinação a um verbo fulcral: ajudar (Belo, 2003).

No entanto, diversos são os conceitos que estão inseridos no próprio conceito de supervisão. Entre eles salientamos o conceito de distanciamento entre observador e observado. Refere-se a um distanciamento espacial, temporal ou conceptual, com o objectivo de facilitar a compreensão dos fenómenos em estudo, uma vez que permite uma maior amplitude de abrangência das interpretações e um afastamento das hipóteses de contaminação da análise, que

a proximidade sempre contém. Esta atitude, por vezes é necessária ser tomada pelo supervisor em determinadas questões ou situações mais subtis ou delicadas. Este distanciamento das situações permite um alargamento do campo de análise, assim como uma compreensão sistémica, contextualizada e globalizante. Noutras situações é necessário proceder a uma aproximação do fenómeno em questão, de modo a advir uma melhor compreensão. A este fenómeno dá-se o nome de *efeito zoom*, recorrendo por vezes à metáfora da lente de uma máquina fotográfica para melhor explicitação. A atitude supervisiva pressupõem um cuidadoso e vasto olhar que considere e atente o perto e o longe, o dito e o não dito, o passado e as hipóteses de futuro, os factos e as prováveis explicação, os aspectos sociais e culturais, a pessoa e aquilo que a rodeia (Sá - Chaves, 2000).

4.1.1 A Competência Reflexiva

A competência reflexiva, a par das competências técnicas e científicas constituem o garante de uma maior aproximação a níveis elevados de qualidade uma vez que permite responder de uma forma responsável a razão de fazer de uma forma e não de outro qualquer modo. Não se trata de adquirir mais competências, mas antes a tentativa de entendimento das múltiplas subcompetências, que por sua vez se interligam de uma forma congruente, configurando assim uma matriz epistemologicamente diferenciada (Sá - Chaves, 2000).

Durante muitos anos foi convicção generalizada de que a transmissão de conhecimentos e a aquisição de competências por parte dos alunos na formação inicial, fosse o suficiente para dar resposta às múltiplas situações sempre novas que iriam surgir na vida profissional. Hoje sabemos que esta crença não é válida, e que a formação inicial não é suficiente para dar resposta às múltiplas situações da vida futura, como tal, a formação profissional não pode terminar com a chamada formação inicial, mas sim, prolongar-se sem quebra de continuidade na tão falada formação contínua.

Essa crença considera-se hoje ultrapassada por duas razões. Por um lado, o conhecimento apresenta-se de forma incerto, instável e efémero, por vezes obsoleto, havendo a necessidade da verificação a todo o momento, da informação

que detemos. Por outro os contextos, também eles se apresentam instáveis e incertos, porque são vivos e dinâmicos e transformam cada situação num caso único e singular.

Isto leva-nos a compreender que apesar de aparentemente o dia a dia de um profissional de saúde ser rotineiro, nunca o poderá ser, porque os doentes não são iguais, eles escondem diferenças enormes entre si, não têm as mesmas características e apesar de aparentemente parecerem terem doenças semelhantes, as pessoas em si são totalmente diferentes. Além do mais, a forma como a doença é vivida será sempre única, uma vez que a particularidade dos modos como ela é entendida, é sempre pessoal, social e culturalmente diferente. Neste sentido, a intervenção do enfermeiro, e o respeito à privacidade do utente, enquanto pessoa singular e única, não poderá jamais apresentar-se de forma estereotipada e estandardizada, correndo o risco de se apresentar meramente instrumental e impessoal. A este conceito é denominado de o Princípio da Singularidade.

A singularidade de cada utente exige dos profissionais de saúde não uma aplicação de conceitos ou o desenvolvimento de competências já adquiridas de uma forma acrítica e não reflectida, mas antes a necessidade de uma metacompetência reflexiva a todo o momento das nossas práticas. Esta capacidade de reflexão dos profissionais é a via possível que lhes permite ser capaz de enfrentar situações sempre novas e diferentes com que se depara na sua vida profissional, e de tomar as decisões mais apropriadas. Silva (2004:280) refere que *“Os profissionais de saúde na sua prática enfrentam situações únicas e complexas, pelo que se sugere uma aproximação na qual a aprendizagem dos profissionais seja facilitada pela reflexão”*. Este autor considera que a acção reflexiva é um processo que implica mais que uma busca de soluções lógicas e racionais para as dificuldades. Implica também intuição, emoção, paixão e não apenas um agrupado de técnicas que sejam passíveis de empacotar e ensinar. Neste sentido define três atitudes necessárias para a acção reflexiva:

§ Abertura de espírito – em que se torna fundamental atender a possíveis alternativas e admitir a possibilidade de erro;

§ Responsabilidade – ser consciente das consequências que uma determinada acção possa ter;

§ Sinceridade – ambos os aspectos anteriores devem ser os componentes centrais da vida do profissional reflexivo.

Através da reflexão constrói-se o conhecimento acerca do contexto onde se desenvolve a nossa intervenção, o que nos permite compreender as práticas exercidas, e adquirir um novo conhecimento para nortear a nossa acção futura. A reflexão assume assim extrema importância no exercício das nossas práticas, e deve ser exercida **antes da acção, durante a acção (ou na acção) e depois da acção**.

Schön citado por Alarcão (1996a:9) diz-nos que se nós reflectirmos durante a própria acção “ (...) sem a interrompermos, embora com breves instantes de distanciamento, e reformularmos o que estamos a fazer, enquanto estamos a realiza-lo tal como fazemos com a interacção verbal em situação de conversação”, então estamos a reflectir na acção. Por outro lado, se fizermos uma reconstrução mental da acção para a analisar de uma forma retrospectiva, então estamos a reflectir sobre a acção. Este tipo de reflexão exercemo-la com naturalidade, quando a acção surge de uma forma inesperada ou toma uma forma diferente daquela que normalmente a percepcionamos. Esta autora diz-nos também, que estes momentos de reflexão têm um valor epistémico reforçado, quando surge um outro momento de reflexão, que é a **reflexão sobre a reflexão na acção**. Este momento conduz o profissional a conhecer-se melhor como pessoa e a desenvolver-se pessoal e profissionalmente.

A reflexão não acrescenta mais competências, mas sim mais qualidade às nossas acções, aos cuidados que prestamos diariamente aos nossos utentes, além de nos permitir responder de uma forma pensada e consciente o motivo porque fizemos de uma determinada forma e não de outra. Sá – Chaves (2000:91) considera que “*Estes profissionais, reflexivos e solidários, questionam-se a todo o momento, interrogam cada uma das sub - áreas do seu saber múltiplo, à procura de melhor, à procura de melhor...E, desse modo, deixam, sem mágoa, cair o saber velho e, conhecendo-se a si mesmos melhor do que a*

ninguém, prosseguem inquietos e sempre insatisfeitos rumo ao sítio primordial onde julgam que a qualidade mora.

Deixam porem na sua permanente inquietação um rasto de luz, ao passar.”

Que cada um de nós possa ser este rasto de luz.

4.2 Cenário de Supervisão Não Standard

Na relação de aprendizagem/desenvolvimento entre supervisor/supervisado, o supervisor deverá adequar a aprendizagem ao nível do desenvolvimento do supervisado, esperando que esta aprendizagem lhe promova o seu desenvolvimento, cada vez mais a um nível complexo, assim como que este processo permita também o desenvolvimento do supervisor. Poderemos afirmar que o supervisor é visto como gestor e facilitador da aprendizagem, em que ele próprio se encontra também num processo de desenvolvimento e aprendizagem. Nesta linha de pensamento Munari & Furegato (2003:76) consideram que “*é preciso que tenhamos consciência e que possamos viver o papel de facilitadores de um processo de desenvolvimento de pessoas, inclusive o nosso próprio*”.

Ao supervisor é exigida a capacidade de saber adequar os meios, tendo em conta o fim pretendido e o contexto específico. Ou seja, deverá ser alguém que escolha como missão facilitar o desenvolvimento e a aprendizagem do supervisado, promovendo e incitando (no/com supervisado) a capacidade de investigação, de reflexão e de sentido crítico. Porém, deverá ter em conta que ambos são adultos, em processo de desenvolvimento, apresentando por vezes, um mais experiência profissional que o outro.

Mas para se desenvolver todo um processo supervisivo torna-se fundamental que o supervisor conheça os diferentes modelos (ou cenários) de supervisão abordados por Alarcão & Tavares (2003). Apesar de todos eles se interceptarem num universo comum, procurando, no entanto, cada um deles oferecer a sua visão estratégica inserida num contexto histórico e cultural, todos eles apresentam elementos pertinentes e válidos para a supervisão, a aprendizagem e o desenvolvimento. Só mediante o conhecimento de todos os cenários de supervisão se poderá proceder a uma análise crítica e cuidadosa, e adequá-los estrategicamente, numa perspectiva de supervisão inserida num

determinado contexto particular e único, e por isso “não standard”, de modo a facilitar nos supervisados, a aprendizagem e progressão na construção da sua profissionalidade e pessoalidade. Neste conceito de supervisão “não standard”, não existem fórmulas, nem receitas certas, adequadas para usar nesta ou naquela situação. Poderá eventualmente o supervisor ter necessidade de recorrer a vários cenários de supervisão ao longo do processo supervisivo, dependendo da pessoa e do contexto, de forma a promover o desenvolvimento mútuo. No entanto não poderá jamais ser aplicada a *fórmula*, em todas as situações, senão é um modelo de supervisão standard e totalmente redutor.

Num contexto escolar, Silva (2004:317) citando Ribeiro (1993), refere que *“Um modelo de ensino não é válido em geral, mas sim, válido sob determinadas condições. (...) nenhum método é receita - nada se deve seguir à risca e só se deve aplicar se tiver significado quando se aplica”*. Ou seja, não se pode expressar que em determinado ponto ou questão, se deva utilizar este ou aquele modelo, também chamado de cenário por Alarcão & Tavares (2003). Cada situação é única, ímpar, singular e como tal deve ser sempre analisada, tendo em conta toda a sua especificidade. Também, Munari & Furegato (2003:76) referem que *“ (...) as pessoas não são as mesmas e os seus problemas por mais semelhantes que pareçam, têm um sentido particular para cada um, em cada situação”*. Este conceito é o único que permite ao supervisado, como ser único e diferente inserido num contexto profissional em constante turbilhão, poder se moldar através de persistentes atitudes de dúvida, reflexão e de resolução de problemas promovendo assim uma perspectiva de constante desenvolvimento.

Estes processos de supervisão da formação requerem sempre uma formação específica em supervisão. Não se pode desenvolver um processo de supervisão sem contudo ter existido uma formação adequada e pertinente, caso contrário o supervisor corre o risco de entrar por um caminho de superintendência, totalmente oposto ao verdadeiro conceito.

Abordámos neste primeiro ponto do quarto capítulo, a verdadeira concepção de supervisão, alguns conceitos que lhe estão intrínsecos, as estratégias fundamentais para a desenvolver, assim como o cenário supervisivo promotor do desenvolvimento pessoal e profissional, tanto do supervisado como do supervisor,

também este um ser em constante crescimento. Iremos no ponto seguinte, “Supervisão Clínica em Enfermagem” (SCE), expor uma breve perspectiva histórica, a definição deste conceito e alguns modelos de SCE.

4.3 Perspectiva Histórica da Supervisão Clínica em Enfermagem

O investimento nas estratégias de SCE não é recente, sendo já percebido de uma forma clara desde o início deste milénio. No entanto, já no início do séc. X no mundo árabe, nomeadamente no Cairo, Damasco e em Bagdad (Oriente), no auge do período áureo da medicina islâmica, *Al Rashid* defendia a necessidade dos médicos em formação, serem cuidadosamente acompanhados por profissionais experientes. Nessa época os processos de SCE acompanhavam o que hoje poderíamos de classificar de certificação profissional.

Contudo, foi no Ocidente com Florence Nightingale que se começou a estruturar SCE.

A SCE desenvolveu-se na América de uma forma exponente, devido à rápida evolução estatutária e académica da enfermagem, do sistema de cuidados de saúde, dos modelos de gestão, de uma postura gradualmente mais exigente face aos cuidados de saúde e da própria organização social. O mesmo desenvolvimento verificava-se nos países do Norte da Europa, no entanto com alguns anos de atraso face à América.

Na área da enfermagem psiquiátrica a SCE foi debatida a partir de 1943. Só na década de oitenta, no Reino Unido, se verificou algumas experiências acerca da SCE na área da saúde materna e obstétrica. Em termos conceptuais foi Hildegard Peplau, uma das autoras que tentou introduzir de uma forma mais consistente esta temática da SCE.

Na década de 90, no Reino Unido, quando os casos de Bristol, Kent e Canterbury, bem como o da Enfermeira Beverley Allitt estiveram no centro de acontecimentos trágicos, devido à morte e ausência da integridade de doentes, estes acontecimentos deixaram a sociedade chocada, e o sistema de saúde sentiu a necessidade urgente de reflectir e tomar medidas para que tais acontecimentos não se voltassem a repetir. Apostaram então num acompanhamento e ajuda aos profissionais de saúde, bem como das suas

práticas, garantindo assim a segurança dos doentes. Após Allitt a sociedade, as instituições de saúde e as associações profissionais passaram não só a aceitar a SCE, mas também a solicitar a sua existência nas unidades de cuidados, (Abreu, 2002).

Assim, em 1993 o departamento de saúde do Reino Unido, define SCE como sendo um processo formal de suporte para a aprendizagem e acompanhamento de competências, que promove nos supervisados assumir responsabilidade pela sua prática, e promover a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, especialmente em situações de reconhecida complexidade.

A SCE além de promover práticas de qualidade, permite dar suporte aos profissionais, desenvolver competências pessoais e profissionais, assim como promover a segurança dos doentes. Utilizada no decurso da formação graduada e da experiência profissional dos enfermeiros, a SCE centra a relação profissional, na formação, na exigência, no trabalho e no desenvolvimento emocional, envolvendo uma reflexão acerca do desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional com qualificação adequada.

Abreu (2002:53) refere que *“na área da formação clínica dos enfermeiros, os debates em torno das experiências de (...) qualidade de cuidados, aprendizagem pela experiência e educação informal fizeram emergir a problemática da supervisão das práticas clínicas. As próprias normas constantes de diversos programas de auditoria e acreditação fazem referências explícitas à supervisão clínica na área de enfermagem”*. Como o exemplo do King's Fund Health Quality Service que engloba nas suas normas uma referência clara à supervisão clínica na área de enfermagem. A supervisão clínica surgiu assim no contexto da discussão acerca da qualidade das práticas e da reflexão em redor da formação clínica e está relacionada, com a disponibilidade psicológica do supervisor para estabelecer relações de ajuda.

A SCE entrou decididamente no léxico dos enfermeiros, no entanto, a sua implementação é ainda uma realidade distante, uma vez que existem imensas condicionantes organizacionais que dificultam e impedem a sua discussão

aprofundada e que a implementação seja efectuada. De acordo com Thomas e Reid (1995), citado por Garrido (2005a) considera três dificuldades principais:

- 1) Falta de pessoal capacitado para desenvolver a supervisão clínica;
- 2) Falta de estrutura de supervisão, que leva muitas vezes o supervisionado questionar o papel do supervisor;
- 3) Alguns serviços apresentam grande aumento de mobilidade, com grande acréscimo de admissões e de carga de trabalho, em que a supervisão é a primeira a ser renunciada e a última a ser reinstalada.

De forma a minimizar estes problemas, frequentemente as instituições procedem à entrega da supervisão clínica aos enfermeiros responsáveis pelos serviços, trazendo esta decisão mais inconvenientes que vantagens. Esta decisão será sempre uma má solução. Garrido (2005a:13) citando Cutcliffe (2001) considera que o *“supervisor clínico deve ter a confiança de quem necessita ser apoiado nas práticas não devendo ser designado pela organização. As administrações poderão definir o perfil dos supervisores e elaborar uma lista com profissionais habilitados para fazerem supervisão”*.

Como já referimos a Supervisão Clínica tem vindo a ocupar o seu lugar nos mais diversos contextos. Eles vão desde supervisão na orientação da prática pedagógica até à supervisão das práticas de enfermagem. Nas próximas páginas abordaremos de uma forma sintetizada os modelos de SCE.

4.4 Modelos de Supervisão Clínica em Enfermagem

Nos últimos anos surgiram alguns modelos de Supervisão Clínica em Enfermagem. Alguns exemplos desses modelos de SCE referenciados por Abreu (2002) são os de Proctor (1986), Hawkins e Shohet (1989), Page e Wosket (1994), Johns (1997,1998), Butterworth e Faugier (1994). Salientamos um outro modelo, o de Oxley (1995) pelo ênfase que atribui ao relacionamento interpessoal, investindo em:

- § Explorar aspectos do relacionamento enfermeiro/utente;
- § Supervisão do relacionamento pessoal;
- § Satisfação da interacção enfermeiro/utente.

Contudo, em todos estes modelos pode-se considerar que existem dois pressupostos de base. O primeiro refere-se à capacidade da Enfermagem como profissão de fazer um olhar crítico sobre si própria, o que corresponde a um reconhecimento e maturidade da profissão. O segundo refere-se o aspecto de os alunos, e os profissionais de saúde muitas vezes serem confrontados com situações críticas, que pela sua natureza podem ser agressivos para a sua integridade psicológica.

A grande variedade de modelos de SCE reflecte a diversidade das áreas clínicas e sua organização. O modelo de SCE numa unidade de cuidados intensivos tem que ser obrigatoriamente diferente do modelo de SCE de um centro de saúde, porque a organização das práticas é completamente diferente, os contextos, os utentes, as necessidades dos supervisados, pelo que é difícil haver um único modelo. Daí não se poder afirmar que um modelo se sobrepõe a outro, o fundamental é ter em conta este conjunto factores. Contudo, a forma simples como está estruturado o modelo de Nicklin, vale a pena prestar-lhe alguma atenção, não só pelo facto de estar profundamente direccionado para a prática clínica na sua globalidade, mas também pelo facto de estar direccionado para as dimensões emocionais. Este modelo de SCE decorre num ciclo de seis etapas:

Ciclo do processo de supervisão clínica	
Objectivo	Apreciação de situações - problema (competências clínicas, estratégias de gestão de cuidados, dimensões afectivas e relacionais)
Identificação do problema	Clarificação das áreas dos problemas identificados
Contextualização	Definição de objectivos de intervenção que salvaguardem as expectativas, obrigações e aspirações da instituição, dos utentes e do próprio profissional
Planeamento	Preparação e programação da intervenção, de acordo com os intervenientes
Implementação	Implementação das acções planeadas
Avaliação	Avaliação dos resultados e do processo de supervisão

Quadro 3 - Ciclo do processo de supervisão clínica de acordo com o modelo de Nicklin.
Adaptado de Nicklin (1997)

Os modelos de SCE têm no entanto na sua generalidade alguns pontos em comum. Abreu (2002) refere que:

§ O sucesso de um processo de supervisão está sempre dependente da qualidade da relação supervisor/supervisado;

§ O desenvolvimento de um processo de supervisão requer estruturas e procedimentos adequados como, a formação específica do supervisor e a articulação com outras dimensões organizacionais;

§ Existe um vasto número de preocupações inerentes a SCE que se articulam no decurso da prática clínica, como desenvolvimento de competências, incentivo ao desenvolvimento pessoal e profissional e segurança das práticas.

Apesar da generalidade dos modelos atribuir grande importância às características do supervisor, assim como à sua formação, na prática nem sempre são tomadas em linha de conta.

As características do supervisor são de grande importância dado contribuírem para o bom desenvolvimento do supervisionado, enquanto pessoa e profissional. Butterworth (1992) citado por Abreu (2002:56) sugere que “os supervisores clínicos devem disponibilizar-se eles próprios para serem supervisionados, possuir uma preparação específica para desenvolverem o processo, possuir capacidades formativas, desenvolver práticas clínicas e serem escolhidos pelos supervisionados”. Este autor defende que o supervisor clínico deve obrigatoriamente desenvolver a prática clínica e não estar comprometido com a hierarquia organizacional, sendo esta atitude uma prerrogativa para poder ajudar a promover uma utilização terapêutica do *self*.

Num estudo realizado por Fowler (1995), citado também por Abreu (2002), em que recorrendo a métodos quantitativos e qualitativos, mostrou quais as características desejáveis num supervisor, na perspectiva do supervisionado. Os resultados revelam que os inquiridos reconhecem a pertinência de um determinado conjunto de características, salientando no entanto as capacidades formativas as mais estruturantes do processo de supervisão. Outros investigadores concluíram que os inquiridos não possuíam informação suficiente sobre SCE, no entanto era considerada importante a partir do conhecimento intuitivo. Outros resultados revelaram que os enfermeiros que beneficiaram de supervisão clínica têm uma representação positiva acerca da sua pertinência.

Concluimos, ao referir que aceitar e motivar o investimento oficial na supervisão clínica em enfermagem, significa que o enfermeiro acredita na mudança centrada no cidadão e que a sua capacidade de cuidar, com qualidade, pode ser aperfeiçoada, se a enfermagem aprender a olhar para si própria.

Neste ponto abordámos a evolução temporal da SCE, o seu conceito e as dificuldades encontradas para a sua implementação. Referimo-nos também a alguns modelos de SCE.

Terminamos assim o Enquadramento Teórico deste estudo e seguidamente apresentamos a Parte II – Contribuição Empírica.

PARTE II
CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO 5. Metodologia do Estudo

Neste capítulo pretendemos mencionar os aspectos relacionados com a metodologia que irá ser utilizada para a realização deste estudo.

De acordo com Quivy e Campenhoudt (2003) a metodologia é a base de suporte de toda a investigação, uma vez que permite ao investigador identificar e delimitar o problema que pretende estudar, formular hipóteses e questões de investigação, que poderão dar resposta ao problema que se pretende estudar, bem como estabelecer e operacionalidade as variáveis, determinar a amostra em estudo e elaborar um instrumento de colheita de dados.

Também Gil (1995) entende a metodologia científica como uma série de procedimentos intelectuais e técnicos adoptados que permitem atingir o conhecimento, tendo em atenção que o propósito da metodologia científica é pois o de proporcionar um plano que nos permita seguir pelo melhor caminho.

Nas próximas páginas será apresentada a metodologia que foi utilizada para a realização deste estudo.

5.1 Tipo de Estudo

A abordagem metodológica utilizada nesta investigação é do tipo qualitativo e quantitativo, inserida num estudo de natureza correlacional.

Um estudo de natureza correlacional tem como propósito estudar as relações existentes entre variáveis, por meio da verificação de hipóteses, de forma a conhecer melhor um determinado fenómeno ou a começar uma explicação acerca do que se passa numa determinada situação.

No entanto, a decisão de optar por um estudo de natureza quantitativa ou qualitativa depende, em certa medida, do gosto pessoal e filosofia do investigador, mas também da especificidade da questão em estudo. Consciente que ambos os métodos apresentam pontos fortes e fracos, no entanto decidimos optar pelo método quantitativo.

Este método envolve uma colheita de informação numérica, normalmente num determinado momento ou período, e mediante procedimentos estatísticos

analisa essa informação. Normalmente quando se inicia por este método já se tem ideias pré-concebidas acerca da forma como os conceitos estão relacionados.

5.2 Objectivos do Estudo

Face à temática em estudo e ao enquadramento teórico explanado, consideramos o seguinte objectivo geral, assim como os objectivos específicos:

Objectivo geral:

Compreender a valorização que os enfermeiros atribuem à supervisão clínica das competências relacionais aquando o desenvolvimento da relação de ajuda em enfermagem.

Objectivos específicos:

- i. Compreender o desenvolvimento da relação de ajuda entre enfermeiro/utente;
- ii. Analisar a possível relação entre o desenvolvimento da relação de ajuda e as variáveis de caracterização sócio – demográficas;
- iii. Identificar algumas características do Enfermeiro Supervisor face ao desenvolvimento de competências relacionais;
- iv. Conhecer a relação existente entre o desenvolvimento da relação de ajuda que os enfermeiros estabelecem com os utentes e a sua satisfação social;
- v. Conhecer a relação existente entre a valorização que os enfermeiros atribuem à supervisão clínica do desenvolvimento das competências relacionais e as variáveis sócio – demográficas e sócio – profissionais.

5.3 Questões de Investigação

Surgiram algumas questões de investigação para as quais pretendemos obter respostas. São elas:

-Quais serão as características do Enf. Supervisor mais enfatizadas pelos enfermeiros da amostra?

-Quais as dimensões da relação de ajuda mais valorizadas pelos enfermeiros da amostra?

-Qual a influência da condição de saúde dos enfermeiros no desenvolvimento da relação de ajuda?

-Qual a influência da satisfação social dos enfermeiros no desenvolvimento da relação de ajuda?

-Qual a influência da condição de saúde dos enfermeiros na valorização da supervisão clínica do desenvolvimento de competências relacionais?

-Qual a influência da satisfação social dos enfermeiros na valorização da supervisão clínica do desenvolvimento de competências relacionais?

-Em que área de prestação de cuidados os enfermeiros valorizam mais a relação de ajuda? Os que exercem funções nos Cuidados de Saúde Primários ou nos Cuidados Diferenciados?

-Qual a influência do suporte social dos enfermeiros na sua condição de saúde?

-Qual a relação existente entre a valorização que os enfermeiros atribuem à supervisão clínica do desenvolvimento de competências relacionais e as variáveis sócio – profissionais ou sócio – demográficas?

-Qual a relação existente entre o desenvolvimento da relação de ajuda e as variáveis sócio – demográficas?

5.4 Hipóteses e Variáveis do Estudo

O papel fundamental das hipóteses num trabalho de investigação é o de sugerir explicações para os factos, mediante formulações prováveis elaboradas pelo investigador no sentido de tentar dar resposta a um problema, e que só se tornaram válidas após serem testadas. Fortin (1999) considera que as hipóteses podem ser geradas a partir de três situações:

§ Da observação que o investigador faz a determinados fenómenos da realidade;

§ Da leitura que o investigador faz a anteriores trabalhos de investigação. Ele pode reformular uma hipótese que já foi verificada noutro estudo, mas escolher examinar uma outra variável;

§ Da teoria, ou seja, o investigador pode desejar verificar proposições teóricas susceptíveis de terem uma influência ou um efeito sobre a prática.

Neste sentido, levantámos para este estudo algumas hipóteses, procurando prever a relação existente entre as variáveis independentes consideradas pertinentes, com as variáveis dependentes, utilizando para este fim uma linguagem clara, objectiva e precisa. Face aos objectivos do nosso trabalho, construímos o seguinte conjunto de hipóteses de investigação:

H₁: O desenvolvimento da relação de ajuda entre enfermeiro/utente é diferente consoante o seu nível de prestação de cuidados (CSP/CD).

H₂: Não há diferenças significativas entre o desenvolvimento da relação de ajuda entre enfermeiro/utente e as variáveis sócio-demográficas da amostra (género, estado civil e idade).

H₃: Há relação entre o desenvolvimento da relação de ajuda entre enfermeiro/utente e a satisfação social dos enfermeiros.

H₄: Há relação entre o desenvolvimento da relação de ajuda entre enfermeiro/utente e a condição de saúde dos enfermeiros.

H₅: Não há diferenças significativas entre a valorização que os enfermeiros atribuem à supervisão clínica do desenvolvimento de competências relacionais e as variáveis sócio-demográficas.

H₆: A valorização que os enfermeiros atribuem à supervisão clínica do desenvolvimento de competências relacionais, é diferente consoante as variáveis sócio-profissionais (tempo exercício profissional e nível de prestação de cuidados).

H₇: Prevê-se que os enfermeiros com melhor suporte social apresentem melhor condição de saúde.

H₈: Prevê-se que o estado civil dos enfermeiros está relacionado com um melhor suporte social e melhor condição de saúde dos mesmos.

Quanto ao conceito de variável podemos afirmar que se refere a tudo aquilo que pode ser assumido com diferentes valores, ou seja, é uma característica que varia e que é o oposto de uma constante.

Neste estudo iremos relacionar dois tipos de variáveis – variáveis dependentes e variáveis independentes, assim como medir e conhecer qual a influência das variáveis independentes nas variáveis dependentes.

Variáveis dependentes

A variável dependente é aquela que o investigador tem interesse em compreender e em explicar, variando no entanto em consequência da mudança da variável independente. Deste modo, neste estudo considerámos como variáveis dependentes as seguintes:

- § O desenvolvimento da relação de ajuda
- § A valorização que os enfermeiros atribuem a supervisão clínica

Variáveis independentes

A variável independente é aquela cujos efeitos são observados na variável dependente (Polit & Hungler, 1995). Sendo esta variável aquela que o investigador manipula, considerámos então as seguintes:

- § Nível de prestação de cuidados
- § Variáveis sócio – demográficas
- § Variáveis sócio – profissionais
- § Satisfação social dos enfermeiros
- § Condição de saúde dos enfermeiros
- § Estado civil
- § Suporte social

Salientamos que na hipótese H₇ a variável *condição de saúde dos enfermeiros*, considerada neste estudo como variável independente, nesta hipótese, ela assume como variável dependente.

Também na hipótese H₈, as variáveis *condição de saúde dos enfermeiros* e *suporte social*, consideradas como variáveis independentes, tornam-se como variáveis dependentes.

5.5 A Amostra

A amostra é considerada como sendo um sub - conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população, caracterizando assim uma cópia em miniatura da população alvo (Fortin, 1999).

O principal aspecto a ser tomado em consideração numa amostra é a sua representatividade, ou seja, até que ponto essa amostra se comporta, ou apresenta características similares às da população alvo. No entanto, Polit & Hungler (1995) consideram não existir um modo que garanta, de forma absoluta, que uma amostra seja representativa, sem que se obtenha informação de toda a população.

Apresentaremos de seguida os elementos que fizeram parte da amostra do estudo exploratório – Estudo 1 e do estudo da supervisão das competências – Estudo 2.

5.5.1 A Amostra do Estudo 1

De acordo com Gil (1995) a realização do pré-teste deve ser sempre utilizado antes de se aplicar definitivamente o questionário, é a prova preliminar que tem como objectivo testar o valor do instrumento de colheita de dados.

A realização do pré-teste permite-nos analisar a clareza e a compreensão das questões do nosso instrumento, assim como dos termos utilizados. Permite-nos também saber se as questões utilizadas nos fornecem a informação que desejamos, se a exposição gráfica é a adequada, e ainda conhecer se o questionário não é muito longo de forma a não provocar desinteresse nos inquiridos.

Após a realização do pré-teste se surgirem dúvidas ou sugestões por parte dos inquiridos, torna-se necessário efectuar as devidas alterações, para que aquando da aplicação do instrumento de recolha de dados à amostra não surjam quaisquer dúvidas.

Neste sentido, aplicámos o nosso pré-teste no dia 16 de Dezembro de 2004, a alguns alunos da única turma do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem que se encontrava na época a decorrer, na Escola Superior de

Saúde da Universidade de Aveiro. A escolha dos alunos não foi seleccionada pelo investigador, mas sim completamente aleatória, uma vez que a turma era composta por 25 alunos, mas nesse dia os restantes faltaram à aula onde foi aplicado o pré-teste. Foi seleccionada esta escola por uma questão de acessibilidade geográfica do investigador, uma vez que se encontra na sua área de residência.

Assim fizeram parte do pré-teste, 17 enfermeiros, conforme podemos observar no Quadro 4, sendo apenas 2 enfermeiros do género masculino (11,8%), e 15 do género feminino (88,2%).

	N	%
Masculino	2	11,8
Feminino	15	88,2
Total	17	100,0

Quadro 4 - Distribuição da amostra de acordo com o género – Estudo 1

Observamos no Quadro 5, que a média de idades dos enfermeiros, se situa nos 34,47 anos, sendo a idade mínima 27 anos e a idade máxima 52 anos, com um desvio padrão de 7,55.

	N	Mínimo	Máximo	\bar{x}	s
Idade	17	27,00	52,00	34,4706	7,55908

Quadro 5 - Distribuição da amostra de acordo com a idade – Estudo 1

5.5.2 A Amostra do Estudo 2

Neste estudo optámos por uma amostra não probabilística por conveniência, ou também chamada de acidental, uma vez que a selecção dos inquiridos para a amostra favorece a utilização dos sujeitos mais convenientemente disponíveis. Conscientes no entanto, que este método não permite uma extrapolação com confiança dos seus resultados e conclusões.

Os elementos que incluem a amostra são enfermeiros que se encontravam a frequentar o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, no período compreendido entre Janeiro a Maio de 2005 nas seguintes instituições:

- § Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca – Coimbra;
- § Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto – Coimbra;
- § Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro;
- § Escola Superior de Saúde de Viseu.

Estas escolas foram as seleccionadas por motivo de uma maior acessibilidade geográfica por parte do investigador. Optámos também por aplicar o questionário a enfermeiros que se encontravam a frequentar o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, pela facilidade e rapidez de recolha de dados. O questionário foi aplicado aos alunos que se encontravam dentro de sala de aula., no dia previamente definido com o professor responsável pela disciplina.

Esta forma de selecção permitiu também a recolha de dados dos enfermeiros a exercerem funções em distintas instituições de saúde, a diferentes níveis de prestação de cuidados, com diferentes anos de exercício profissional, assim como com diferentes experiências profissionais.

Foram entregues 200 questionários dos quais recebemos 187 (93.5%), todos eles devidamente preenchidos. Assim, fazem parte desta amostra 187 enfermeiros, que corresponde a 53,4% do Universo das quatro Escolas.

Conforme podemos observar no Quadro 6, a amostra é composta por 149 enfermeiros do género masculino (79,7%) e 38 enfermeiros do género feminino (20,3%).

	N	%
Masculino	38	20,3
Feminino	149	79,7
Total	187	100,0

Quadro 6 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com o género (N = 187) – Estudo 2

Quanto à idade dos enfermeiros observamos no Quadro 7 que está compreendida entre os 27 anos e os 65 anos, sendo a média de idade os 34,13 anos com um desvio padrão de 6,25.

	N	Mínimo	Máximo	\bar{x}	s
Idade	187	27,00	65,00	34,1390	6,25291

Quadro 7 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com a idade (N = 187) – Estudo 2

5.6 Instrumento de Colheita de Dados

De modo a obter informação válida e pertinente que se adeque aos objectivos do estudo, bem como às características da amostra e aos recursos disponíveis ao alcance do investigador, torna-se inevitável a necessidade de proceder à construção de um instrumento de colheita de dados.

Para elaborar um instrumento de avaliação é essencial que o investigador tenha um forte conhecimento do objectivo do estudo, assim como dos conhecimentos existentes acerca do fenómeno em estudo e da natureza dos dados que irão ser colhidos (Fortin, 1999).

A elaboração de um instrumento constitui pois uma tarefa que requer tempo e muita atenção aos detalhes. O investigador necessita decidir se vai optar por um questionário de auto-preenchimento ou por entrevistas estruturadas ou semi-estruturadas, assim como o número de perguntas a elaborar, e se são abertas ou fechadas (no caso do questionário de auto-preenchimento).

Neste trabalho o instrumento colheita de dados seleccionado foi o questionário de auto-preenchimento, dado ser considerado o que melhor se adequava a este tipo de estudo de cariz quantitativo e às características da nossa amostra. Durante a elaboração do questionário, o enunciado de cada pergunta foi preparado no sentido de obter a maior clareza possível, evitar a tendenciosidade das respostas e estimular a colaboração.

Normalmente nos estudos que fazem alusão às representações sociais e atitudes comportamentais dos indivíduos, o questionário de auto-preenchimento é o mais utilizado. Este tipo de instrumento de colheita de dados possui algumas vantagens, tais como:

- § Oferecer a possibilidade do anonimato total;
- § Uma ordem idêntica de questões para todos os sujeitos;
- § Iguais directrizes para todos;
- § Menor dispêndio de tempo;
- § A possibilidade de ser utilizado simultaneamente junto de um grande número de inquiridos;

§ Ausência de tendenciosidade nas respostas perante a reacção do entrevistador, uma vez que este não necessita de estar presente no momento da aplicação (Polit & Hungler, 1995).

No entanto estamos cientes também das desvantagens que este tipo de instrumento de colheita de dados oferece, como:

§ A possibilidade de uma menor taxa de respostas, ou uma elevada taxa de dados em falta;

§ Algumas interpretações erróneas por parte dos inquiridos ou mesmo não conseguirem preencherem o questionário;

§ A impossibilidade do investigador poder observar as reacções dos inquiridos, aquando o seu preenchimento, ou o nível de compreensão, o grau de cooperação ou ainda o estilo de vida. Estas informações poderiam ser úteis na interpretação das respostas.

Questionário global

O questionário é um método de colheita de dados em que o investigador necessita das respostas escritas a um série de questões colocadas a um conjunto de inquiridos, geralmente representativos de uma população, acerca da sua situação social, profissional ou familiar, das suas opiniões, da sua atitude em relação a questões humanas e/ou sociais, das suas expectativas, do seu nível de conhecimentos sobre uma determinada problemática, ou ainda sobre qualquer

outro ponto considerado relevante para o investigador (Quivy & Campenhoudt, 2003).

Depois de uma pesquisa e análise exaustiva de alguns questionários, foram encontrados dois que considerámos serem adequados ao estudo em questão e permitiam obter respostas às nossas questões de investigação.

Um na área da Relação de Ajuda, “*Empatic Understanding Scale*” de Hiroko Nagano (2004) e outro referente à satisfação social dos inquiridos “*Satisfação Social*” de Pais – Ribeiro, J.L., (1999), que passaremos a descrever ambos mais à frente.

No entanto, como estes questionários não permitiam dar na totalidade respostas a todas as nossas questões de investigação, surgiu então a necessidade de construirmos outros questionários, que complementassem os que já possuíamos, e que se adaptassem à nossa população em estudo. Estes questionários por nós construídos têm a vantagem de se adaptar e enquadrar de uma forma objectiva ao estudo em questão.

O instrumento de avaliação por nós utilizado constitui um todo a que intitulámos “Questionário Global”, o qual é composto por 4 partes (Anexo I):

- § Parte I – Caracterização Sócio-Profissional;
- § Parte II – Supervisão Clínica;
- § Parte III – Relação de Ajuda em Enfermagem;
- § Parte IV – Satisfação Social Global.

Caracterização sócio-profissional

A primeira parte consiste na caracterização sócio-profissional da amostra, constituída por oito questões elaboradas pelo investigador:

- Género;
- Idade;
- Estado civil;
- Formação académica;
- Categoria profissional;
- Nível de prestação de cuidados;

- Tempo de exercício profissional;
- Tempo de exercício na instituição.

Três destas questões são abertas (idade, tempo de exercício profissional e tempo de exercício na instituição) as restantes fechadas, de forma a obter uma caracterização em termos pessoais e profissionais dos inquiridos da nossa amostra.

Supervisão clínica

A segunda parte inicia com uma questão dicotómica relativamente à formação adquirida na área da relação de ajuda, com duas possibilidades de resposta – afirmativo e negativo. No caso da escolha afirmativo por parte do inquirido, segue-se ainda na mesma questão, três alternativas de resposta fechada e uma última aberta.

Seguidamente vêm mais duas perguntas, sendo cada uma delas, dicotómica também com duas possibilidades de resposta – afirmativo e negativo.

Finalmente segue-se uma escala por nós construída, onde se pretende conhecer a percepção que os enfermeiros têm face à supervisão clínica desenvolvida pelos seus supervisores, durante o exercício das suas práticas. Apenas um item (item 4.5) se refere à supervisão que os enfermeiros desenvolvem com os doentes.

Esta escala é do tipo *Likert*, composto por cinco níveis de resposta: Discordo Totalmente (DT); Discordo (D); Sem opinião (?); Concordo (C) e Concordo Totalmente (CT).

Relação de ajuda em enfermagem

A terceira parte é constituída pela escala *Empatic Understanding Scale* de Hiroko Nagano (Anexo II), que foi adaptada para a população portuguesa por Cunha & Pereira, 2004. O processo de adaptação compreendeu vários passos que passamos a apresentar:

1.º - Pedido de autorização ao autor da escala para adaptação à população portuguesa (Anexo III);

2.º - Tradução para a língua portuguesa por dois investigadores e um professor de língua inglesa;

3.º - Depois de realizada a tradução, foi feita uma reflexão com elementos da população alvo (enfermeiros), sobre a natureza e forma das questões traduzidas, para ver se eram simples e adequadas;

4.º - Realizado este processo, foi solicitado a um professor de inglês (língua materna das escalas) que estudasse a tradução realizada, bem como sugerisse, se necessário, alterações e observações pertinentes.

5.º - Findo o 4.º passo procedemos a um pré-teste a 17 enfermeiros, para que averiguassem das dificuldades de leitura e interpretação dos itens dos instrumentos utilizados.

6.º - Por fim, foi administrada e realizada uma análise de fidelidade (consistência interna) e análise de validade de construto, em que o objectivo era encontrar uma solução factorial que fosse coerente com as concepções teóricas subjacentes.

Esta escala é uma escala analógica constituída por 20 itens. Neste tipo de escala é solicitado aos inquiridos que indiquem a intensidade das suas experiências subjectivas ou dos seus sentimentos, marcando um pequeno traço vertical na linha horizontal apresentada. Sabendo de antemão que no início da linha existe o número um, (que corresponde a discordância máxima do item apresentado) e no final da linha horizontal existe o número dez (que por sua vez corresponde à concordância máxima também do item apresentado).

Satisfação social global

Finalmente a quarta e última parte inicia com três perguntas, em que cada uma é de escolha múltipla.

A primeira pergunta diz respeito ao estado de saúde dos inquiridos, onde têm cinco opções de resposta: Fraca; Razoável; Boa; Muito Boa; Óptima. As outras duas referem-se à influência ou não, do estado de saúde dos inquiridos

nas últimas semanas no desenvolvimento dos seus relacionamentos sociais e profissionais.

Estas perguntas têm também cinco opções de resposta, mas diferentes da anterior: Absolutamente nada; Pouco; Moderadamente; Bastante; Imenso.

Segue-se depois a escala Satisfação Social (ESS) de Pais – Ribeiro, J.L., (1999) que pretende medir a satisfação social que os inquiridos apresentam. Esta escala é constituída por quinze afirmações de auto-preenchimento do tipo *Likert*, com cinco níveis de resposta: Discordo Totalmente (DT); Discordo na maior parte das vezes (D); Não concordo nem discordo (?); Concordo na maior parte das vezes (C); Concordo Totalmente (CT).

Concluído o instrumento de colheita de dados, ele foi revisado de uma forma crítica por outras pessoas que saibam como elaborar um instrumento e conheçam a área principal do estudo. Fortin (1999) refere que o questionário, depois de totalmente elaborado, carece da validade do seu conteúdo junto de peritos. Para tal, o investigador deve recorrer ao julgamento de especialistas do domínio específico, com o objectivo de se assegurar que o seu instrumento de medida é representativo da temática que se propõe avaliar.

Por último salientamos que o tempo médio dispendido pelos inquiridos para o preenchimento do instrumento de colheita de dados foi de 20 minutos.

5.7 Estudo Psicométrico da Escalas

A validade e a fidelidade são características fundamentais que determinam a qualidade de qualquer instrumento de medida. Assim, para o estudo da validade recorreremos à utilização de análises factoriais exploratórias pelo método de Componentes Principais (ACP). Recorreremos as rotações ortogonais VARIMAX dos factores, de modo a tornar interpretáveis as soluções imergidas em cada análise (Bryman e Cramer, 1993).

Relativamente à decisão do número de factores a reter na análise, utilizámos como critério a retenção dos factores que apresentassem valores próprios (*eigenvalue*) igual ou superior a 1.00.

Na escolha das soluções factoriais finais procurámos respeitar os seguintes critérios:

- a) A validade convergente do item com o factor, isto é, cada item deveria apresentar uma correlação com o factor $\geq .25$;
- b) Validade discriminante do item com o factor, ou seja, o item deveria estar correlacionado apenas com o factor hipotético, se ele se correlacionasse com dois factores era analisada a sua pertinência na utilização e manutenção desse item;
- c) A solução final encontrada deveria apresentar aproximadamente 50% de variação total explicada;
- d) Não existir discrepância entre a estrutura teórica subjacente ao instrumento e à solução por nós encontrada. Caso não fosse veríamos da adequação do instrumento e do significado dos resultados encontrados;
- e) Cada factor deveria ser constituído por 3 ou mais itens.

Relativamente ao tamanho da amostra deste estudo ($N = 187$), consideramos não tornar problemático o recurso à análise factorial, dado o n.º de itens de cada instrumento.

No estudo de fidelidade, procedemos à análise da consistência interna (homogeneidade dos itens) previamente para cada dimensão emergida da solução factorial através do *Alpha de Cronbach*.

A par do número de itens, introduzimos o respectivo coeficiente de consistência interna (dado o formato tipo *likert* dos itens optou-se pelo cálculo do coeficiente *Alpha de Cronbach*) e ainda o índice de homogeneidade interna ou índice de discriminação através do coeficiente de correlação corrigido entre o resultado no item e o resultado na escala (coeficiente de correlação corrigido pela não tomada de pontuação desse item no cálculo do total a correlacionar).

Estudo de fidelidade da Escala da Supervisão Clínica

Relativamente aos valores de consistência interna para a escala de supervisão clínica, levantaram-se-nos algumas questões, nomeadamente os itens 8; 9; 11 e 12, optando por isso pela sua retirada.

O item 12, *“Na minha prática deveria poder escolher o Enf. Supervisor”*, apresentava uma correlação negativa e praticamente nula com a escala ($r = -.0383$), e se fosse retirado a escala passava a apresentar um $\alpha = .79$, dos .75 que apresentava inicialmente (Anexo IV). Os itens:

§ Item 8, *“Quando estou a conversar com um doente para saber o que o preocupa, de forma a o poder ajudar, não me sentiria confortável com a presença de um Enf. Supervisor”*;

§ Item 9, *“Considero que para proceder a uma supervisão clínica basta ser Enfermeiro Especialista ou Chefe”*;

§ Item 11, *“Não gosto da forma como sou orientado pelo meu supervisor”*.

Apresentavam respectivamente valores de correlação de .115; .221 e .184. A retirada destes itens proporcionava um aumento considerável do *Alpha de Cronbach* para .85, conforme podemos verificar pelo Quadro 8.

Assim sendo, o n.º de itens foi reduzido para 8, sendo o valor de fidelidade da escala bastante satisfatório.

Itens	Mínimo	Máximo	\bar{x}	S	Correlação item total	a se eliminado o item
ESU1	1.00	5.00	2.631	1.168	.6689	.8237
ESU2	1.00	5.00	3.759	1.108	.5110	.8440
ESU3	1.00	5.00	3.171	.985	.5794	.8351
ESU4	1.00	5.00	3.198	1.130	.7305	.8153
ESU5	1.00	5.00	2.053	.821	.3472	.8578
ESU6	1.00	5.00	3.128	1.114	.7608	.8113
ESU7	1.00	5.00	3.385	1.068	.6791	.8226
ESU10	1.00	5.00	2.818	.835	.4255	.8508
8 itens; $\alpha = .85$						

Quadro 8 - Análise de consistência dos itens da ESU. Inclui médias, desvios padrões e correlação item total corrigida, bem como o valor do α se apagado o item (N = 187)

Estudo de validade de construto da Escala da Supervisão Clínica

Para o estudo de validade de construto recorreremos à Análise Factorial em Componentes Principais, para os 8 itens da escala. Retivemos apenas um factor (características da supervisão) que apresentava valor próprio (*eigenvalue*) superior a 1.00, e que explica na totalidade 50% da variância, o que é razoável, conforme podemos verificar pelo Quadro 9.

Itens	Factor
ESU1 - Supervisão relacionamento	.769
ESU2 - Formação específica	.626
ESU3 - Amigo	.698
ESU4 - Facilitador competências relacionais	.825
ESU5 - Dificuldade orientar doente	.446
ESU6 - Contribuir desenvolvimento pessoal	.845
ESU7 - Reflexão das práticas	.778
ESU10 - Avaliação justa	.539
Valores próprios	3.959
% de Variância explicada.	50.00

Quadro 9 - Matriz de saturação dos itens para solução não rodada (N = 187) da ESU. Inclui valores próprios (*eigenvalue*); % da variância explicada

Estudo de fidelidade da Escala da Relação de Ajuda em Enfermagem

Relativamente à consistência interna, Fortin (1999) refere que esta consiste em observar se os enunciados de um instrumento de medida têm homogeneidade - *Alfa de Cronbach*.

Assim, no que concerne aos valores de consistência interna para esta escala, verificamos que todas as correlações são ***moderadas a fortes***, e que o valor do *Alpha* obtido ($\alpha = .93$) é muito bom, o que sugere que a escala é um instrumento fidedigno.

Itens	Mínimo	Máximo	\bar{x}	S	Correlação item total	a se eliminado o item
ERA1	.10	4.00	1.854	.945	.4714	.9294
ERA2	.20	4.60	2.819	.914	.4725	.9293
ERA3	.50	4.60	2.814	.945	.6300	.9260
ERA4	1.40	4.70	3.513	.657	.5907	.9271
ERA5	.50	4.60	3.209	.886	.6371	.9259
ERA6	.60	4.60	3.194	.845	.5890	.9268
ERA7	.70	4.60	3.216	.787	.7353	.9242
ERA8	.10	4.20	2.512	.969	.6353	.9259
ERA9	.10	4.20	2.166	1.028	.5684	.9276
ERA10	.50	4.50	3.036	.849	.7249	.9242
ERA11	.10	4.40	2.317	1.028	.3412	.9328
ERA12	.30	4.20	2.621	.890	.6394	.9258
ERA13	.40	4.40	2.821	.880	.6252	.9261
ERA14	.30	4.60	3.359	.736	.6792	.9254
ERA15	.60	4.50	3.003	.827	.7407	.9239
ERA16	.30	4.50	3.090	.780	.6948	.9250
ERA17	.30	4.50	3.246	.812	.6042	.9265
ERA18	.20	4.40	2.729	.961	.6749	.9250
ERA19	.30	4.40	2.971	.809	.7327	.9242
ERA20	.90	4.60	3.414	.690	.5610	.9274
20 itens; $\alpha = .93$						

Quadro 10 - Análise de consistência dos itens da ERA. Inclui médias, desvios padrões e correlação item total corrigida, bem como o valor do α se apagado o item (N = 187)

Estudo de validade de construto da Escala da Relação de Ajuda em Enfermagem

Para o estudo de validade de construto recorreremos à Análise Factorial em Componentes Principais, para os 20 itens da escala. Retivemos os factores que apresentavam valores próprios (*eigenvalues*) superiores a 1.00. Aplicámos uma rotação ortogonal VARIMAX a quatro factores de modo a tornar interpretável a solução. Os resultados são-nos mostrados seguidamente no Quadro 11.

Como podemos verificar, a percentagem de ***variância para o total da escala*** é de **65.65%**, sendo que o factor 1 – *atitude de aceitação*, que agrega os itens 4; 6; 17; 20; 14; 5, 7 e explica 21.75 da variância.

O factor 2 – *atitude de consciencialização das suas capacidades*, que agrega os itens 19; 15; 18; 12; 10; 16, e explica 20.88% da variância.

O factor 3 – *atitude reflexiva em relação às emoções do utente e seu significado*, que agrega os itens 1; 9; 8, e explica 11.58%, por último o factor 4 – *atitude de promoção da verbalização*, que agrega os itens 2, 13; 11 e 3 e explica 11.45% da variância.

O cálculo das pontuações para os resultados da escala é feito com base no somatório das pontuações, para o total e para as sub-escalas.

É de salientar que os valores dos *Alphas* encontrados por dimensão são bastante satisfatórios.

Itens	1	2	3	4
ERA4	.774			
ERA6	.772			
ERA17	.751			
ERA20	.702			
ERA14	.673			
ERA5	.593			
ERA7	.558	(.443)		
ERA19		.720		
ERA15		.717		
ERA18		.675		
ERA12		.665		
ERA10		.662		
ERA16	(.423)	.656		
ERA1			.828	
ERA9			.704	
ERA8			.686	
ERA2				.746
ERA13				.572
ERA11				.547
ERA3				.536
Valores próprios	4.35	4.18	2.32	2.29
% Variância explicada	21.75	20.88	11.58	11.45
% Variância acumulada	21.75	42.63	54.20	65.65
α do factor	.87	.89	.79	.70

Quadro 11 - Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal VARIMAX com 4 factores (N = 187) da ERA. Inclui valores próprios (eigenvalue); % da variância explicada e % cumulativa

Quanto ao estudo de validade de construto da escala original, Hiroko Nagano (2000), recorreu à Análise Factorial em Componentes Principais, para os 20 itens da escala. Aplicou uma rotação ortogonal VARIMAX aos quatro factores de modo a tornar interpretável a solução. Os resultados são-nos mostrados no Quadro 12.

Como podemos verificar, a percentagem de *variância para o total da escala* é de 77.9%, sendo que o factor 1 agrega os itens 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22; 23, e explica 48.4 da variância. O segundo factor agrega os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, e explica 18.2% da variância. O 3.º factor agrega os itens 7, 8, 12; 13, e explica 6.1% e, por último o 4.º factor agrega os itens 9, 10, 11, 16; 17, e explica 5.2% da variância.

Itens	1	2	3	4
Item 14	0.448			
Item 15	0.556			
Item 18	0.542			
Item 19	0.392			
Item 20	0.582			
Item 21	0.589			
Item 22	0.629			
Item 23	0.621			
Item 1		0.852		
Item 2		0.844		
Item 3		0.854		
Item 4		0.888		
Item 5		0.828		
Item 6		0.816		
Item 7		0.621		
Item 8			0.496	
Item 12			0.731	
Item 13			0.685	
Item 9				0.647
Item 10				0.674
Item 11				0.511
Item 16				0.427
Item 17				0.448
Valores próprios	X	X	X	X
% Variância explicada	48.4	18.2	6.1	5.2
% Variância acumulada	48.4	66.6	72.7	77.9
α do factor	XX	XX	XX	XX

X – Possível só com a base do autor

XX – O autor não menciona os valores

Quadro 12 - Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal VARIMAX com 4 factores da ERA; Inclui % da variância explicada e % cumulativa

Estudo de fidelidade da Escala de Satisfação Social Global

Relativamente à fidelidade da Escala de Satisfação Social Global (ESS), procedemos em primeiro lugar ao seu cálculo para o total da escala e, posteriormente, por dimensão.

O valor obtido para o total dos 15 itens é bom ($\alpha = .83$), o que atesta a fidelidade da escala (Quadro 13), resultados que vêm de encontro ao do autor da escala (Ribeiro, 1999) que era de ($\alpha = .85$).

Itens	Mínimo	Máximo	\bar{x}	S	Correlação item total	a se eliminado o item
ESS1	1.00	5.00	3.973	1.018	.3907	.8246
ESS2	1.00	5.00	2.337	1.087	.2672	.8325
ESS3	1.00	5.00	3.267	1.054	.5347	.8156
ESS4	1.00	5.00	3.781	1.068	.4760	.8193
ESS5	1.00	5.00	3.941	.929	.4918	.8189
ESS6	1.00	5.00	3.524	1.259	.5064	.8173
ESS7	1.00	5.00	3.070	1.149	.5479	.8143
ESS8	1.00	5.00	2.957	1.159	.1914	.8387
ESS9	1.00	5.00	4.183	.850	.4457	.8218
ESS10	1.00	5.00	2.743	1.182	.3766	.8263
ESS11	1.00	5.00	3.545	1.048	.5098	.8172
ESS12	1.00	5.00	3.775	.929	.5566	.8152
ESS13	1.00	5.00	2.667	1.048	.5116	.8170
ESS14	1.00	5.00	3.198	1.062	.5898	.8120
ESS15	1.00	5.00	4.043	.835	.4601	.8211
15 itens; $\alpha = .83$						

Quadro 13 - Análise de consistência dos itens da ESS. Inclui médias, desvios padrões e correlação item total corrigida, bem como o valor do α se apagado o item (N = 187)

Relativamente à fidelidade, mas agora por dimensão, conforme podemos verificar pelo Quadro 14, todos os valores são aceitáveis, no entanto, os factores *Satisfação com a Família e Actividades Sociais* apresentam valores reduzidos, face ao que é protagonizado na literatura.

Mesmo assim, dado o n.º de itens de cada uma dos factores (3 em ambos), este valor torna-se aceitável, uma vez que um dos factores que influência o valor do *Alpha* é o número de itens.

Itens por factor:	Correlação item total	a se eliminado o item
Satisfação com Amigos (SA)		
ESS3	,4212	,7324
ESS12	,5433	,6862
ESS13	,5147	,6959
ESS14	,6483	,6402
ESS15	,4223	,7275
α do factor da SA = .74 α do autor = .83		
Intimidade (IN)		
ESS1	,3211	,7151
ESS4	,5500	,5780
ESS5	,5349	,5982
ESS6	,5243	,5977
α do factor da IN = .70 α do autor = .74		
Satisfação com a Família (SF)		
ESS9	,3026	,6280
ESS10	,3900	,5373
ESS11	,5539	,2575
α do factor da SF = .60 α do autor = .74		
Actividades Sociais (AS)		
ESS2	,2552	,4967
ESS7	,4276	,1993
ESS8	,2777	,4682
α do factor da AS = .50 α do autor = .64		

Quadro 14 - Análise de consistência dos itens da ESS. Inclui médias, desvios padrões e correlação item total corrigida, bem como o valor do α se apagado o item (N = 187)

Dado que a escala está validada para a população portuguesa por Ribeiro (2004), não procedemos à análise de validade de construto, optando assim por seguir as normas propostas pelo autor para a cotação.

5.8 Procedimentos

O procedimento de colheita de dados pode ser compreendido como um conjunto de decisões previamente estudadas e programadas, com o objectivo de maximizar a rentabilidade do trabalho a fim de evitar esforços inúteis.

No entanto, conforme refere Fortin (1999:116) “ A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações”.

Deste modo, para a realização deste estudo foram tomadas algumas diligências prévias. Não só para obter um consentimento livre e informado dos participantes após o conhecimento do estudo em causa, mas também no sentido de obter a autorização e colaboração para a aplicação do instrumento de colheita de dados, nas Escolas Superiores de Enfermagem seleccionadas pelo investigador.

5.8.1 Procedimentos do Estudo 1

Aquando da abordagem informal do investigador, em Novembro de 2004, à Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, com o objectivo de conhecer junto do coordenador do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, a possibilidade da aplicação do instrumento de colheita de dados, para o Estudo 2, foi também averiguada a possibilidade da aplicação do instrumento, mas ainda na fase de pré-teste (Estudo 1).

A referida instituição de saúde informou posteriormente o investigador do deferimento da solicitação verbal já efectuada para ambos os estudos, assim como o facto de dispensar qualquer tipo de requerimento escrito.

Assim, foi efectuado o pré-teste do instrumento de colheita de dados nessa Instituição. Este decorreu na presença do investigador, que após ter sido explicado aos colegas o fim a que se destinava, o contexto e os objectivos do estudo, foi também explicado que a participação era voluntária, que estava garantido o anonimato, assim como a confidencialidade dos questionários. Os enfermeiros em questão acederam então à participação de forma pronta e voluntária.

Método de reflexão falada

Durante a aplicação do pré-teste foi simultaneamente utilizado o método de reflexão falada.

Baseado numa grelha previamente elaborada para esse fim (Anexo V), permitia que o instrumento de colheita de dados fosse testado a fim de conhecer a clareza e compreensão dos diferentes itens. Essa grelha era constituída por duas partes; Uma primeira parte que permitia apontar os registos verbais e outra, os registos não verbais.

Relativamente à observação dos registos verbais, a grelha apresentava aspectos como *dúvidas quanto à compreensão das perguntas, observações espontâneas* que eventualmente surgissem, *a eliminação de itens* e *o interesse do tema*.

No que concerne à observação de comportamentos não verbais, a grelha apresentava aspectos como o *desenho da expressão facial: de tédio* ou *agradável/normal* e ainda a postura utilizada durante o seu preenchimento, que poderia ser *desinteressada/indiferente, agradável* ou *de uma forma rápida para despachar*.

À medida que os enfermeiros iam respondendo ao instrumento de colheita de dados, o investigador ia conjuntamente observando e registando as reacções dos inquiridos na referida grelha.

Foi observado que de uma forma geral os inquiridos praticamente não apresentaram dúvidas quanto à compreensão das perguntas efectuadas. Apenas a introdução que é apresentada antes da escala Supervisão Clínica (que se encontra na segunda parte do questionário) e da escala da Relação de Ajuda em Enfermagem (que se encontra na terceira parte do questionário), necessitaram de uma reformulação, de modo a que os enfermeiros apreendessem que as perguntas se reportavam às suas práticas clínicas, e não ao exercício da enfermagem em geral.

Também a pergunta aberta (4.13) que se encontra na segunda parte do questionário, e que diz respeito às características do supervisor, necessitou de uma reformulação de maneira a que os inquiridos respondessem objectivamente ao que o investigador pretendia conhecer.

Contudo, pudemos constatar que a maioria dos inquiridos preencheu o questionário de uma forma pronta, agradável, colaborante e com poucas dúvidas quanto a compreensão dos itens.

De salientar ainda que os elementos que preencheram o instrumento de colheita de dados nesta fase de pré-teste, não fizeram qualquer comentário espontâneo, nem se pronunciaram quanto à eliminação de itens ou à pertinência do tema. Não surgiu também a necessidade de eliminação ou substituição de itens, nem os inquiridos apresentaram sugestões para a sua alteração. Quando questionados acerca da opinião que possuíam em relação ao questionário, em aspectos como a dificuldade no seu preenchimento, extensão do mesmo e compreensão das perguntas, de uma forma geral, responderam que o questionário era *fácil* de preencher.

O tempo médio de demora no preenchimento dos questionários foi aproximadamente de 20 minutos.

A partir da aplicação deste pré-teste conjuntamente com o método de reflexão falada, foi elaborada o instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo. Consideramos deste modo este método de grande utilidade, pela possibilidade que oferece de identificar erros, falhas e de reformular a redacção do texto, a fim de facilitar a interpretação e compreensão pretendida das perguntas.

5.8.2 Procedimentos do Estudo 2

A primeira fase dos procedimentos deste estudo decorreu em Novembro de 2004, quando informalmente foram contactados alguns professores das referidas Escolas Superiores de Enfermagem. O objectivo foi o de conhecer a viabilidade da aplicação do instrumento de colheita de dados, assim como a colaboração que poderiam disponibilizar para a aplicação do instrumento, no início ou término de uma das suas aulas, mediante acordo prévio e autorização formal da instituição em causa.

Depois de conhecida esta viabilidade e do conhecimento informal da possível autorização da instituição, partiu-se então para uma segunda fase, que seria o pedido formal de autorização às instituições de ensino. Neste pedido de autorização formal o requerimento foi acompanhado de um exemplar do instrumento de colheita de dados, que foi enviado por correio, apenas aos Srs.

Directores das Escolas Superiores de Enfermagem Bissaya Barreto e Ângelo da Fonseca (Anexo VI).

Durante a primeira abordagem que foi efectuada à Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, a coordenadora do Curso de Complemento de Formação depois de contactar o Sr. Director da referida instituição, informou-nos que este dispensava o pedido formal para a aplicação do instrumento, bastando para tal apenas o contacto efectuado (conforme já tínhamos referido nos procedimentos de Estudo 1).

De salientar que a Escola Superior de Saúde de Viseu também prescindiu do pedido formal para a aplicação do instrumento de colheita de dados. Nestas duas Escolas foi entregue um exemplar do instrumento de colheita de dados.

Entretanto foi necessário aguardar algum tempo pela autorização formal das outras duas instituições de ensino. Felizmente que esse tempo aguardado foi breve e as instituições de uma forma rápida deferiram os pedidos solicitados.

Em ambas as respostas escritas de deferimento, estas orientavam o investigador para ajustar com o respectivo coordenador do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, qual a melhor altura, em termos de horário académico, para a aplicação do questionário.

Depois de acertados estes aspectos foi finalmente aplicado o instrumento de colheita de dados no período compreendido entre 31 de Janeiro de 2005 e 16 de Maio do mesmo ano.

De salientar que o investigador apenas esteve presente durante a aplicação do instrumento de colheita de dados na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Antes desta aplicação o investigador apresentou-se, explicou a todos os colegas os objectivos do estudo, o carácter voluntário da participação no mesmo, assim como a garantia do anonimato e da confidencialidade dos dados.

Desta forma foi garantido um tratamento justo e equitativo a todos os sujeitos antes, durante e após a sua participação no estudo. De referir ainda que de uma forma geral os enfermeiros prontamente se disponibilizaram a participar neste estudo de investigação, o que garante um consentimento livre e esclarecido, uma vez que o facto de conhecerem o que lhes estava a ser pedido e

para que fim a informação ia ser utilizada, permitiu-lhes avaliar as consequências da sua participação.

5.9 Análise dos Dados

A análise dos dados é uma das etapas determinantes para o sucesso de um estudo, dado que permite ordenar e atribuir um significado aos dados colhidos, através do instrumento de colheita de dados utilizado pelo investigador.

5.9.1 Análise dos dados do Estudo 1

Para a análise dos dados deste Estudo 1, procedeu-se a dois tipos de tratamento diferentes. Tratamento estatístico para as questões fechadas e análise de conteúdo para a única questão aberta do questionário (Questão 4.13 da II Parte).

Assim no que concerne ao tratamento estatístico, os dados recolhidos foram tratados informaticamente através do programa de tratamento estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), na versão 11.5 para Windows. Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva, como cálculo de medidas de tendência central, medidas de dispersão (desvio padrão) e frequências absolutas e relativas, dado o tamanho reduzido da amostra (N=17).

Relativamente à análise da única questão aberta "*Identifique algumas características que considera que deve ter o Enf. Supervisor face às competências relacionais*", procedeu-se à técnica de análise de conteúdo. Esta técnica será explicada em pormenor nos procedimentos do Estudo 2, assim como a elaboração da grelha que serviu de base para a referida análise, uma vez que foi igual para os dois estudos.

5.9.2 Análise dos dados do Estudo 2

As respostas às questões fechadas do instrumento de colheita de dados foram objecto de tratamento estatístico e as respostas à única questão aberta, foi analisada com base na análise de conteúdo. Optámos por iniciar pela análise às respostas fechadas e só posteriormente a análise das respostas a questão aberta, sem nenhum motivo válido apenas por um critério de organização da elaboração do trabalho.

Tratamento estatístico

O tratamento estatístico dos dados recolhidos é uma fase deveras importante, dado que possibilita a atribuição de uma significação aos dados colhidos através do questionário utilizado.

Assim o tratamento dos dados do nosso questionário foi iniciado à medida que estes iam sendo recolhidos, de forma a avançar na elaboração do presente trabalho.

Os dados recolhidos foram tratados informaticamente através do programa de tratamento estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), na versão 11.5 para *Windows*. Ao nível da estatística descritiva recorreremos ao cálculo das medidas de tendência central (médias aritméticas), medidas de dispersão (desvio padrão), bem como às distribuições de frequências que foram apresentadas nos quadros sempre que se mostrou adequado. Para o estudo das hipóteses recorreremos:

- § Teste do Qui-quadrado;
- § Testes *t* de Student para grupos independentes;
- § Análises de variância de um critério (ANOVA);
- § Teste de significância da correlação de Pearson.

Na análise inferencial utilizaram-se os seguintes níveis de significância:

- § $p > 0,05$ (n.s.) não significativo;
- § $p < 0,05$ significativo;
- § $p < 0,01$ bastante significativo;
- § $p < 0,001$ altamente significativo.

Para o estudo da validade de construto recorreremos à utilização da Análise em Componentes Principais com rotações ortogonais VARIMAX. Para o estudo de fidelidade recorreremos ao cálculo do coeficiente de consistência interna para cada uma das escalas a utilizar - *Alpha de Cronbach*.

Análise de conteúdo

Conforme já referimos anteriormente, no tratamento da questão aberta do nosso questionário utilizámos como metodologia a análise de conteúdo. Bardin (1995) considera a análise de conteúdo como sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com o objectivo de adquirir indicadores que permitam a inferência de conhecimentos às mensagens colhidas, através de procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo dessas mensagens.

Numa avaliação qualitativa, o investigador tende a desenvolver o seu próprio método em função do seu objecto de investigação, dos seus objectivos e pressupostos teóricos. Neste sentido desenvolveram-se vários procedimentos que foram executados a partir do texto recolhido, ou no caso deste estudo, a partir das respostas de apenas uma pergunta do nosso instrumento de recolha de dados - questão 4.13 da II Parte, que solicitava "*Identifique algumas características que considera que deve ter o Enf. Supervisor face às competências relacionais*".

Assim numa primeira fase iniciámos por atribuir uma codificação a cada resposta de cada um dos questionários, como também um número aleatório, não fazendo diferença à origem da Escola de Enfermagem, ex: E1, E2, E3, etc., sendo "E" designação de enfermeiro.

Posteriormente realizámos uma leitura das respostas a fim de definir as categorias de acordo com os objectivos do trabalho e com os temas identificados na leitura efectuada que serviu de apoio ao enquadramento teórico deste estudo.

Logo após esta fase continuámos numa leitura exaustiva do texto e procurámos *transformar* os *dados brutos do texto* em unidades de registo, ou seja, em pequenos fragmentos do texto que quando descontextualizados não perdessem sentido. Estas unidades de registo devem ser escolhidas de acordo com os objectivos do trabalho.

Finalmente procedemos a uma categorização das unidades de registo. Em cada categoria estas foram agrupadas de acordo com as diferentes dimensões. Foram ainda definidas Frequência das Unidades de Enumeração (Freq. U. E.), que se entende pelo número de sujeitos responsáveis pelas unidades de registo

A fase da categorização foi complicada e cansativa, pois surgiram algumas dúvidas e incertezas quanto à categorização que estava a ser elaborada uma vez que procurávamos agrupar as diferentes unidades de registo de acordo com um sentido comum. Surgiu ainda a necessidade de criar sub – categorias, dado a abrangência das categorias elaboradas, assim como a preocupação de tornar as unidades de registo o mais compreensível possível, de forma a obtermos resultados e conclusões pertinentes para este estudo.

Após todo este processo surgiu a necessidade de validar as categorias e sub – categorias por júris, no sentido de conhecer se traduziam o sentido real dos dados, ou seja, se outras pessoas iriam proceder de uma forma global a uma análise semelhante. De referir que os júris não sugeriram alterações às categorias, sub – categorias e categorização das unidades de registo definidas.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	Freq. U. E.	UNIDADES DE REGISTO
-----------	---------------	-------------	---------------------

Quadro 15 - Grelha que serviu de apoio à análise dos dados recolhidos mediante o método de análise de conteúdo

CAPÍTULO 6. Apresentação e Discussão dos Resultados

Neste capítulo é apresentado a análise dos dados obtidos pela aplicação do instrumento de colheita de dados.

Numa primeira etapa, procedemos à descrição da apresentação dos dados relativos às variáveis sócio - demográficas (quer para o Estudo 1, como para o Estudo 2), recorrendo aos critérios estatísticos já referidos.

Posteriormente faremos a apresentação e discussão dos resultados encontrados relacionando-os com a bibliografia consultada.

Para uma melhor identificação e compreensão do problema em questão, apresentamos os dados em quadros, antecédidos de uma breve análise descritiva, com o objectivo de tornar mais clara a sua interpretação.

Resta salientar que na apresentação dos resultados omitiremos o local, data e fonte de informação, uma vez que já foram anteriormente referidos no capítulo da metodologia.

Finalmente queremos também alertar que a apresentação e análise dos dados está estabelecida de acordo com a sequência do questionário.

6.1 Resultados de Estudo Exploratório - Estudo 1

Neste capítulo apresentamos então os resultados da análise dos dados colhidos para este Estudo 1. A sequência dos resultados das questões é igual à sequência apresentada no questionário utilizado.

6.1.1 Caracterização sócio-profissional dos enfermeiros

Conforme já referido anteriormente no ponto 5.5.1 desta segunda parte (respectivamente Quadro 4 e Quadro 5) a amostra é formada por 2 enfermeiros do género masculino (11,8%), e 15 do género feminino (88,2%). A média de idades situa-se nos 34,47 anos, sendo a idade mínima 27 anos e a idade máxima 52 anos.

No que concerne às restantes características sócio - demográficas definidas neste estudo, podemos observar no Quadro 16 as variáveis: estado civil,

formação académica, categoria profissional e nível de prestação de cuidados: Cuidados de Saúde Primários (C.S.P.) e Cuidados Diferenciados (C.D.).

Quanto ao estado civil, verificamos que a maioria dos enfermeiros são casados ou vivem em união de facto, representando 58,8% da amostra. Observámos também que 6 enfermeiros são solteiros (35,3%) e que apenas 1 é divorciado ou separado (5,9%).

Analisando a formação académica, verificamos que todos os enfermeiros têm o bacharelato em enfermagem (100%), sendo que um dos sujeitos pertence à categoria de “Enfermeiro” (5,9%), 15 de “Enfermeiros Graduados” (88,2%) e 1 de “Enfermeiro Chefe” (5,9%).

Em relação ao nível de prestação de cuidados, 4 enfermeiros trabalham nos Cuidados de Saúde Primários (23,5%) e os restantes 13 nos Cuidados de Saúde Diferenciados (76,5%).

Variáveis:	N	%
<i>Estado civil:</i>		
Solteira	6	35,3
Casada/ União de facto	10	58,8
Divorciada/separada	1	5,9
<i>Formação Académica</i>		
Bacharelato	17	100
<i>Categoria Profissional</i>		
Enfermeiro	1	5,9
Enfermeiro Graduado	15	88,2
Enfermeiro Chefe	1	5,9
<i>Nível de prestação</i>		
C.S.P.	4	23,5
C.D.	13	76,5

Quadro 16 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com as características sócio-profissionais
(N = 17) – Estudo 1

Relativamente à média do tempo de serviço dos enfermeiros na instituição constatamos no Quadro 17 que é de 7,85 anos e com um desvio padrão de 6,43, situando-se num mínimo de 1 ano e um máximo de 30 anos. Quanto ao tempo de exercício profissional, observamos que a média do tempo de exercício profissional é superior à anterior, com uma média de 12,32 anos e um desvio padrão de 7,48.

	N	Mínimo	Máximo	Média	s
Tempo serviço na instituição	17	1,00	30,00	7,85	6,431
Tempo exercício profissional	17	6,00	30,00	12,32	7,481

Quadro 17 - Distribuição da amostra de acordo com o tempo de serviço na instituição e o tempo de exercício profissional – Estudo 1

6.1.2 Formação específica dos enfermeiros na área da relação de ajuda e supervisão clínica

No que diz respeito à formação em relação de ajuda, observamos no Quadro 18, que os únicos 2 enfermeiros do género masculino da amostra responderam afirmativamente a esta questão, e que dos 15 enfermeiros do género feminino da nossa amostra, 11 responderam já terem tido formação em relação de ajuda. De salientar que 1 enfermeiro do género feminino não respondeu a esta questão.

			Gênero		Total
			Masculino	Feminino	
Já teve formação em relação de ajuda	Sim	N	2	11	13
		%	100,0%	78,6%	81,3%
	Não	N		3	3
		%		21,4%	18,8%
Total		N	2	14	16
		%	100.0%	100.0%	100.0%

Quadro 18 - Distribuição da amostra de acordo com a formação em relação de ajuda por género – Estudo 1

Se teve formação em relação de ajuda

Em relação aos enfermeiros que responderam afirmativamente à questão anterior, observamos no Quadro 19 que 52,9% (N=9) responderam que tiveram formação em relação de ajuda na formação inicial e contínua. Apenas 11,8% (N=2) responderam que tiveram essa formação só na formação inicial e outros tantos responderam que apenas tiveram essa formação só em formação contínua.

	N	%
Curso formação inicial	2	11,8
Formação Contínua	2	11,8
Formação inicial e contínua	9	52,9
Não responde	4	23,5
Total	17	100,0

Quadro 19 - Distribuição da amostra, por número e percentagem de respostas, quanto à formação em relação de ajuda (N=17) – Estudo 1

Quando foi a formação em relação de ajuda

Relativamente há quanto tempo tiveram essa formação, observamos no Quadro 20 que apenas 2 enfermeiros responderam a esta questão, afirmando um que teve formação inicial e contínua no ano 2000, e outro que apenas teve formação contínua em relação de ajuda no ano de 1999.

Quando foi a última formação	SE SIM		Total
	Formação Contínua	Formação Inicial e Contínua	
2000	0	1	1
1999	1	0	1
Total	1	1	2

Quadro 20 - Distribuição da amostra quanto ao ano da formação em relação de ajuda – Estudo 1

Formação em supervisão

No que concerne à formação em supervisão, observamos no Quadro 21 que os 15 enfermeiros pertencentes à categoria de “Graduados” da nossa amostra responderam nunca terem tido formação em supervisão, assim como o único Enfermeiro Chefe.

Já teve formação em supervisão	Categoria Profissional		Total
	Graduado	Chefe	
Não	15	1	16
Total	15	1	16

Quadro 21 - Distribuição da amostra quanto à formação em supervisão, em função da categoria profissional – Estudo 1

Experiência como supervisor

Em relação à experiência como supervisor podemos observar no Quadro 22, que apesar dos 15 enfermeiros com a categoria de “Enfermeiros Graduados” da nossa amostra terem referido que nunca tiveram formação em supervisão, 2 desses enfermeiros referem já terem tido experiência como supervisor.

Observamos também que um enfermeiro com a categoria de “Enfermeiro” referiu já ter tido essa experiência, apesar de não sabermos se teve ou não formação em supervisão uma vez que não respondeu a questão anterior.

De salientar o facto do Enfermeiro Chefe ter respondido nunca ter tido experiência como supervisor.

Já teve experiência como supervisor	Categoria Profissional			Total
	Enfermeiro	Graduado	Chefe	
Sim	1	2	0	3
Não	0	12	1	13
Total	1	14	1	16

Quadro 22 - Distribuição da amostra quanto à experiência em supervisão, em função da categoria profissional – Estudo 1

6.1.3 . Dimensões de supervisão clínica mais valorizadas pelos enfermeiros

Analisando o Quadro 23, onde apresentamos as medidas de tendência central para a Escala de Supervisão Clínica queremos salientar os resultados obtidos em alguns dos itens propostos. Esta escala é medida numa escala tipo *Likert*, com uma amplitude que varia entre 1, no valor mínimo e, 5 no valor máximo.

O item 2 apresenta a média mais elevada, com o valor de med.=4,00. Associado este valor a um desvio padrão considerado baixo (0,73) (consideramos valores baixos quando se encontra entre 0,75 e 1,5), verificamos que existe uma grande concentração de respostas afirmativas quanto à necessidade de o Supervisor possuir formação específica na área de supervisão clínica.

Os itens 3, 4 e 6 relacionados com a vertente relacional entre enfermeiro e supervisor também obtêm valores elevados, conduzindo-nos a uma ideia de agrado pela postura do supervisor, a forma como este “*é amigo*” e encoraja o desenvolvimento das competências relacionais do enfermeiro.

No caso do item 7 e 8, sugere-se que o enfermeiro sente a necessidade de ser mais encorajado pelo supervisor para desenvolver a sua prática profissional e, apercebemo-nos também da alguma preferência pelo contacto directo com o paciente, sem a presença do supervisor.

Itens	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
1 - Considero fundamental a existência de um Enf. Supervisor capaz de supervisionar o meu relacionamento com o doente	17	1,00	4,00	2,5882	1,00367
2 - Considero que este supervisor deverá ter formação específica na área da supervisão clínica	16	2,00	5,00	4,0000	,73030
3 - Eu vejo o Enf. Supervisor como um amigo	17	1,00	4,00	3,2941	,91956
4 - Eu vejo o Enf. Supervisor como facilitador do desenvolvimento das minhas competências relacionais	17	2,00	5,00	3,4706	,87447
5 - Tenho alguma dificuldade em orientar o doente com vista ao seu crescimento e autonomia por me ser uma área difícil de desenvolver	17	1,00	5,00	2,2941	1,21268
6 - Penso que o supervisor pode contribuir para o meu desenvolvimento pessoal	17	1,00	5,00	3,1765	1,18508
7 - Gostava que o Enf. Supervisor me fizesse reflectir sobre as minhas práticas	17	2,00	5,00	3,2353	1,14725
8 - Quando estou a conversar com um doente para saber o que o preocupa, de forma a o poder ajudar, não me sentiria confortável com a presença de um Enf. Supervisor	17	2,00	5,00	3,5882	1,12132
9 - Considero que para proceder a uma supervisão clínica basta ser Enfermeiro Especialista ou Chefe	16	1,00	5,00	2,4375	1,15289
10 - A avaliação que o Enf. Supervisor faz do desenvolvimento das minhas competências relacionais é justa	15	1,00	4,00	2,8667	,74322
11 - Não gosto da forma como sou orientado pelo meu supervisor	16	1,00	4,00	2,6250	,80623
12 - Na minha prática deveria poder escolher o Enf. Supervisor	17	1,00	5,00	3,7647	2,35927

Quadro 23 - Distribuição da amostra de acordo com as dimensões mais valorizadas pelos enfermeiros relativamente à supervisão – Estudo 1 (escala ESU)

6.1.4 Dimensões de relação de ajuda mais desenvolvidas pelos enfermeiros

No Quadro 24, apresentamos as medidas de tendência central para a Escala de Relação de Ajuda em Enfermagem.

Queremos salientar os resultados obtidos em apenas alguns dos itens propostos. A negrito sublinhámos os itens que obtiveram as médias mais elevadas nesta escala, médias essas que se encontram dentro dos limites que consideramos para um desvio padrão aceitável (entre 0.75 e 1.5).

Verificamos que os valores mais elevados na escala de relação de ajuda se relacionam com a forma como o enfermeiro se apresenta perante o utente, a calma que deixa transparecer, o interesse que demonstra por ele, assim como a preocupação que manifesta pelo seu bem-estar.

Itens	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
1 - O enfermeiro no contacto directo com o utente sumariza as emoções ou sentimentos do utente usando a expressão: “Parece que os seus sentimentos são ...”	17	,20	3,50	1,8588	1,14568
2 - O enfermeiro repete os pontos importantes por palavras suas e confirma-os com o utente	17	,20	4,10	2,7118	1,14830
3 - O enfermeiro procura ter um conhecimento profundo dos sentimentos do utente dizendo: “Gostaria de falar mais um pouco sobre...”	17	,20	4,10	2,8000	1,18269
4 - O enfermeiro olha para o utente de uma forma acolhedora (olhar, expressão facial)	17	1,80	4,30	3,4176	,71172
5 - O enfermeiro pergunta: “Gostaria de falar sobre alguma coisa?”, de forma a deixar que o utente saiba que o enfermeiro está interessado	17	,10	4,20	2,9353	1,20982
6 - O tom de voz do enfermeiro e a velocidade do seu discurso é calmo e relaxado?	17	,70	4,40	2,9824	1,13976
7 - O enfermeiro ajuda o utente, de forma a facilitar o seu discurso: “Existe alguma coisa que o preocupe e gostasse de conversar sobre isso?”	17	,10	4,30	2,9471	1,18275
8 - O enfermeiro dá feedback, recapitulando os sentimentos do utente por palavras suas (as do enfermeiro) dizendo: “ Parece-me que os seus sentimentos são estes e estes...”	17	,20	4,30	2,3235	1,35717
9 - O enfermeiro identifica os sentimentos do utente dizendo: “ Eu penso que os seus sentimentos são estes e estes”	17	,10	4,30	2,1353	1,21447
10 - O enfermeiro pergunta: “ Como se sente em relação a isto?”, de forma a levar o utente a falar livremente	17	1,90	4,20	3,2471	,75838
11 - O enfermeiro faz perguntas do tipo sim ou não: “Gosta de desporto?”	17	,40	3,30	1,8824	,83534
12 - De forma que o enfermeiro compreenda melhor a percepção do utente perante o problema pergunta: “O que pensa em relação a ...”	17	,20	4,30	2,5706	1,06052
13 - O enfermeiro reformula nas suas próprias palavras o significado do que o utente disse e pede a sua confirmação	17	1,90	4,20	2,9235	,79493
14 - O enfermeiro encontra-se virado para o utente e mostra interesse nele	17	2,00	4,30	3,5647	,73904
15 - De forma a comunicar o seu desejo de perceber o utente, o enfermeiro perguntará: “Poderia explicar com mais detalhe... O que sente em relação a isso?”	17	1,50	4,30	3,3529	,85668
16 - O enfermeiro faz algumas perguntas acerca do que o utente disse, de forma a compreender melhor os sentimentos do utente e o significado do que ele disse	17	1,70	4,30	3,3118	,86522
17 - A expressão do enfermeiro não é de nervosismo mas sim relaxada	17	2,10	4,30	3,7059	,61183
18 - O enfermeiro recapitula os sentimentos do utente com palavras do utente: “ Então os seus sentimentos são estes e estes...”	17	,80	4,40	2,6118	1,12299
19 - O enfermeiro pergunta: “Como se sente em relação a isto?”, de forma a compreender melhor como é que o utente vê o problema	17	1,00	4,20	3,0471	1,01742
20 - No geral, a postura do enfermeiro é calma	17	2,10	4,40	3,6824	,62173

Quadro 24 - Distribuição da amostra de acordo com as dimensões mais valorizadas pelos enfermeiros na área da relação de ajuda – Estudo 1 (escala ERA)

6.1.5 Estado de saúde dos enfermeiros e sua influência nos seus relacionamentos sociais e profissionais

Em relação à percepção que os enfermeiros da amostra têm face ao seu estado de saúde (SSG1), observamos no Quadro 25 que os 2 únicos sujeitos do género masculino consideram que a sua saúde é boa, assim como a maioria dos sujeitos do género feminino (N=6).

Observamos também que apenas um sujeito do género feminino a considera fraca e 4 sujeitos também do género feminino a consideraram muito boa.

Item		Género		Total	%
		Masculino	Feminino		
SSG1	Fraca	0	1	1	5,9
	Razoável	0	4	4	23,5
	Boa	2	6	8	47,1
	Muito boa	0	4	4	23,5
Total		2	15	17	100,0

Quadro 25 - Distribuição da amostra por género e percepção dos enfermeiros quanto à sua saúde – Estudo 1

Relativamente à forma como os enfermeiros consideram se o seu estado de saúde interfere ou não nos seus relacionamentos sociais (SSG2), observamos no Quadro 26 que a maioria dos sujeitos do género feminino respondeu “Moderadamente” (N=6), um respondeu “Absolutamente nada” e 2 responderam “Imenso”.

Em relação aos homens observamos também que um sujeito respondeu que o seu estado de saúde interferia pouco nos seus relacionamentos sociais, e outro considerou que interferia moderadamente.

Item		Género		Total	%
		Masculino	Feminino		
SSG2	Absolutamente nada	0	1	1	5,9
	Pouco	1	3	4	23,5
	Moderadamente	1	6	7	41,2
	Bastante	0	2	2	11,8
	Imenso	0	2	2	11,8
Total		2	14	16	94,1

Quadro 26 - Distribuição da amostra por género e influência do estado de saúde dos enfermeiros face ao relacionamento social – Estudo 1

Relativamente à possível interferência do estado de saúde dos enfermeiros na suas vidas profissionais (SSG3), observamos no Quadro 27 que a maioria dos sujeitos do género feminino considera que interferiu “Moderadamente” (N=7), 4 consideraram que não interferiu “Absolutamente nada” e apenas um sujeito considerou que interferiu “Imenso”.

No que concerne aos sujeitos do género masculino observamos também que um considerou que o seu estado de saúde interferiu “Moderadamente” na sua vida profissional e o outro considerou que interferiu “Bastante”.

Item		Género		Total	%
		Masculino	Feminino		
SSG3	Absolutamente nada	0	4	4	23,5
	Pouco	0	3	3	17,6
	Moderadamente	1	7	8	47,1
	Bastante	1	0	1	5,9
	Imenso	0	1	1	5,9
Total		2	15	17	100,0

Quadro 27 - Distribuição da amostra por género e influência do estado de saúde dos enfermeiros face ao relacionamento profissional – Estudo 1

6.1.6 Suportes sociais mais valorizados pelos enfermeiros

Analisando o Quadro 28, verificamos que existem 3 itens que apresentam médias acima de 4, acompanhadas por desvio padrão, considerados aceitáveis.

Os itens que apresentam maior pontuação relacionam-se com o suporte social dos enfermeiros, a sua família e amigos. Nesse sentido, verificamos que os

elementos da nossa amostra tendem a possuir facilidade em se relacionar e possuem suporte que lhes permite ultrapassar as dificuldades.

Itens	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
1 - Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	17	1,00	4,00	1,8235	1,01460
2 - Não saio com os amigos tantas vezes quantas eu gostaria	17	2,00	5,00	3,8824	1,21873
3 - Os amigos não me procuram tantas vezes quanto eu gostaria	15	1,00	4,00	2,6667	1,04654
4 - Quando preciso desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	17	3,00	5,00	4,1176	,69663
5 - Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	17	2,00	5,00	3,9412	,74755
6 - Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	17	1,00	5,00	2,3529	1,16946
7 - Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	16	2,00	5,00	3,6875	,87321
8 - Gostava de participar em actividades de organizações (clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	17	1,00	5,00	2,8824	1,16632
9 - Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	17	1,00	5,00	4,2353	1,09141
10 - Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	17	1,00	11,00	3,2941	2,31205
11 - Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	17	2,00	5,00	3,8824	1,16632
12 - Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	17	2,00	5,00	3,7647	1,09141
13 - Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	17	1,00	5,00	2,6471	1,05719
14 - Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	17	2,00	5,00	3,4118	1,00367
15 - Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	17	3,00	5,00	4,4706	,62426

Quadro 28 - Distribuição da amostra de acordo com a percepção que os enfermeiros têm face ao seu suporte social – Estudo 1 (Escala ESS)

6.1.7 Características do Enf. Supervisor face às competências relacionais

Os resultados que aqui se descrevem são relativos à análise da questão aberta do nosso questionário, “*Identifique algumas características que considera que deve ter o Enf. Supervisor face às competências relacionais*” observámos que dos 17 enfermeiros que responderam ao questionário, apenas 8 enfermeiros responderam a esta questão. Destes 8 questionários, 1 não foi considerado

válido, pelo que somente foram submetidas a análise de conteúdo 7 respostas (41.2 %).

Após uma leitura de todas as respostas foram definidas categorias para os dados colhidos e posteriormente unidades de registo, baseados na leitura da especialidade considerada pertinente e nos objectivos do trabalho, conforme referido anteriormente. Assim foram encontradas três categorias de respostas: Categoria *Relacional*, de *Liderança* e de *Formação*.

A categoria *Relacional* engloba duas sub – categorias, *Capacidade de Comunicação* e *Atributos do Supervisor que Facilitam o Relacionamento com o Supervisado*. Cada uma destas sub – categorias engloba o mesmo número de unidades de registo com apenas três respostas cada (42,9%).

A categoria *Liderança* apresenta seis unidades de registo e igual número de respostas (85,7%), e revela o desejo dos enfermeiros para que o seu supervisor possua e desenvolva as suas capacidades relacionais com os enfermeiros, assim como seja um bom líder/dirigente.

Surgiu ainda outra categoria, porém com apenas uma unidade de registo o que corresponde a 14,3% das 7 respostas válidas para análise.

No sentido de validar estes dados recorreremos a um painel de júris com o objectivo de conhecer a corroboração dos nossos dados.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	FREQ. U. E.	UNIDADES DE REGISTO
Relacional	Capacidade de Comunicação	3	<i>“Deverá ter uma boa capacidade de comunicação” (E7)</i> <i>“Saber comunicar” (E3)</i> <i>“Facilidade de comunicar com o doente /família /profissionais de saúde” (E8)</i>
	Atributos do Supervisor que Facilitam o Relacionamento com o Supervisado	3	<i>“Compreensão, atenção” (E4)</i> <i>“Empreendedor, interessado, disponível, atento” (E5)</i> <i>“(…) Pessoa sensata e coerente” (E2)</i>
Liderança	Capacidade de Liderança	6	<i>“(…) Capacidade de gestão de recursos humanos” (E8)</i> <i>“(…) Competência” (E4)</i> <i>“(…) Competente” (E5)</i> <i>“Valorizar os pontos positivos” (E3)</i> <i>“Deverá ter atitudes construtivas” (E7)</i> <i>“Atitudes assertivas com a equipa” (E9)</i>
Formação	Exigência do Conhecimento	1	<i>“Formação académica adequada” (E2)</i>

Quadro 29 - Características do Enfermeiro Supervisor atribuídas pelos sujeitos da amostra – Estudo 1

6.2 Resultados do Estudo da Supervisão das Competências - Estudo 2

De seguida serão apresentados os resultados da análise dos dados colhidos para este Estudo 2.

Nesta análise a sequência dos resultados das questões fechadas é igual à sequência das questões apresentada no instrumento de colheita de dados.

6.2.1 Caracterização sócio – profissional dos enfermeiros

Conforme já afirmamos anteriormente (Quadro 7) verificamos que a média de idades da amostra é de 34.13 anos ($s = 6.25$),

Verificamos também que a amostra é formada maioritariamente por enfermeiros do género feminino, 149 (79.70%) e 38 (20.30%) do género masculino. Esta disparidade não tem qualquer significado dado a natureza da profissão que se exerce, na maioria, por mulheres (Quadro 30).

Relativamente ao estado civil os enfermeiros são maioritariamente casados ou em união de facto com $N=141$ (75.40%), seguido dos solteiros (20.90%), dos divorciados/separados (3.20%), e por fim, os viúvos com $N=1$ (0.50%).

No que concerne à formação académica, verificamos que a grande maioria são bacharéis em enfermagem (98.40%) e os restantes, 1.60%, têm curso de especialização em Enfermagem. Relativamente à distribuição dos enfermeiros por categoria profissional, a maioria pertencem à categoria de “Enfermeiros Graduados” (93.60%), seguidos da categoria de “Enfermeiro” (5.30%), e de “Enfermeiros Especialistas” (0.50%), e finalmente “Enfermeiro-Chefe” (0.50%).

Relativamente ao nível de prestação de cuidados, verificamos que 38 (20.30%) dos enfermeiros trabalham ao nível dos Cuidados de Saúde Primários e 149 (79.70%), trabalham nos Cuidados Diferenciados.

Variáveis:	N	%
Género:		
Masculino	38	20.30
Feminino	149	79.70
Estado civil:		
Casado/ União de facto	141	75.40
Solteiro	39	20.90
Divorciado/separado	6	3.20
Viúvo	1	0.50
Formação		
Académica/Profissional		
Bacharelato em Enfermagem	184	98.40
Curso de Especialização	3	1.60
Categoria Profissional		
Enfermeiro	10	5.30
Enfermeiro Graduado	175	93.60
Especialista	1	0.50
Chefe	1	0.50
Nível de prestação		
C.S.P.	38	20.30
C.D.	149	79.70

Quadro 30 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com as características sócio-demográficas (N = 187) – Estudo 2

No que concerne ao tempo de serviço na instituição, a média é de 8.06 anos ($s = 5.46$), e o tempo de exercício profissional é de 10.75 anos em média com um desvio padrão de 5.54 anos.

	Mínimo	Máximo	\bar{x}	s
Tempo de serviço na instituição	1	35	8.06	5.46
Tempo de exercício profissional	4	43	10.75	5.54

Quadro 31 - Estatísticas resumo das variáveis tempo de serviço na instituição e tempo de exercício profissional (N = 187) – Estudo 2

Seguidamente apresentamos a distribuição conjunta das variáveis sócio-demográficas e profissionais por género.

Foram aplicados testes de qui – quadrado para verificar da eventual heterogeneidade da amostra em alguns sub – grupos.

Variáveis:	Género		Total
	Masculino	Feminino	
^aEstado civil:			
Solteira	5 (12.80%)	34 (87.20%)	39
Casada/ União de facto	33 (23.40%)	108 (76.60%)	141
Viúva	-- (0.00%)	1 (100.00%)	1
Divorciada/separada	-- (0.00%)	6 (100.00%)	6
^bIdade:			
< ou = 29 anos	6 (15.40%)	33 (84.60%)	39
30 – 39 anos	23 (18.90%)	99 (81.10%)	122
40 – 49 anos	8 (38.10%)	13 (61.90%)	21
> ou =50 anos	1 (20.00%)	4 (80.00%)	5
^cFormação Académica:			
Bacharelato	37 (20.10%)	147 (79.90%)	184
Curso de Especialização	1 (33.30%)	2 (66.70%)	3
^dTempo de exercício profissional:			
< ou = 9 anos	21 (20.60%)	81 (79.40%)	102
10 – 19 anos	13 (18.60%)	57 (81.40%)	70
> ou =20 anos	4 (26.70%)	11 (73.30%)	15
^eCategoria Profissional:			
Enfermeiro	2 (20.00%)	8 (80.00%)	10
Enfermeiro Graduado	35 (20.00%)	140 (80.00%)	175
Especialista	-- (0.00%)	1 (100.00%)	1
Chefe	1 (100.00%)	-- (0.00%)	1
^fNível de prestação cuidados:			
C.S.P.	7 (18.40%)	31 (81.60%)	38
C.D.	31 (20.80%)	118 (79.20%)	149

Quadro 32 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com as características sócio-profissionais por género (N = 187) – Estudo 2

$$^a (\chi^2_{(gl=3)} = 3.968; p = .265)$$

$$^b (\chi^2_{(gl=3)} = 4.847; p = .183)$$

$$^c (\chi^2_{(gl=1)} = .319; p = .572)$$

$$^d (\chi^2_{(gl=2)} = .510; p = .775)$$

$$^e (\chi^2_{(gl=3)} = 4.188; p = .242)$$

$$^f (\chi^2_{(gl=1)} = .106; p = .744)$$

Conforme podemos verificar pelo Quadro 32 e dos valores dos testes de qui-quadrado realizados, a amostra é homogénea relativamente às variáveis por género.

6.2.2 Formação específica dos enfermeiros na área da relação de ajuda e supervisão clínica

Pela análise do Quadro 33, verificamos que 99 enfermeiros obtiveram formação na relação de ajuda (53,2%), enquanto que 87 enfermeiros nunca frequentaram acções de formação específicas em relação de ajuda (46,8%).

Analizando o grupo de enfermeiros que obteve formação na relação de ajuda, verificamos que a nossa amostra apresenta uma distribuição por três modalidades de formação.

A formação específica na área da relação de ajuda foi obtida por 36 enfermeiros em cursos de Formação Inicial (36,4%). Foi obtida em cursos de Formação Inicial e Contínua por 32 enfermeiros (32,3%) e, por fim, verificamos que foi adquirida em Formação Contínua por 31 enfermeiros (31,3%).

No que concerne aos anos em que frequentaram as acções de formação, encontramos uma amplitude que varia entre 1997 e 2005.

É o ano de 2004 que apresenta maior concentração de respostas (N=9) que, representa 34,6% das respostas. Seguem-se os anos de 2003 (N=5), 2002 (N=3) e 2000 (N=3).

Variáveis:	N	%
<i>Já teve formação em relação de ajuda?</i>		
Sim	99	53,2
Não	87	46,8
<i>Se Sim, onde?</i>		
Curso de Formação Inicial	36	36,4
Formação Contínua	31	31,3
Formação Inicial e Contínua	32	32,3
<i>Quando foi a última formação?</i>		
1997	2	7,7
2000	3	11,5
2001	2	7,7
2002	3	11,5
2003	5	19,2
2004	9	34,6
2005	2	7,7

Quadro 33 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com a formação em relação de ajuda (N = 187) – Estudo 2

Pela análise do Quadro 34, verificamos que a maioria dos enfermeiros que compõem a amostra não frequentou formação em supervisão (94.6%) enquanto que a minoria (N=10) possui formação nesta área (5.4%).

Verificamos ainda que apenas 18% já tiveram experiência como supervisor, enquanto que 82% consideram que ainda não desenvolveram supervisão.

Variáveis:	N	%
<i>Já teve formação em supervisão?</i>		
Sim	10	5.4
Não	174	94.6
<i>Já teve experiência como supervisor?</i>		
Sim	33	18
Não	150	82

Quadro 34 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com a formação e experiência em Supervisão (N = 187)

No Quadro 35, observamos que dos 10 enfermeiros que possuem formação em supervisão, a maioria (N=9) pertence à categoria de “Enfermeiro Graduado”.

Já teve formação em supervisão	Categoria Profissional				Total
	Enfermeiro	Graduado	Especialista	Chefe	
Sim	1	9	0	0	10
Não	8	164	1	1	174
Total	9	173	1	1	184

Quadro 35 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com a categoria profissional e a formação em supervisão (N = 187)

No Quadro 36 observamos que os únicos enfermeiros que referiram ter experiência como supervisor são os “Enfermeiros Graduados” (N=32) e, apenas 1 indivíduo com a categoria de “Enfermeiro”. De referir que o único enfermeiro pertencente à categoria de “Enfermeiro Especialista” assim como o único “Enfermeiro Chefe” consideraram ainda não terem tido experiência como Supervisor.

Experiência como Supervisor	Categoria Profissional				Total
	Enfermeiro	Graduado	Especialista	Chefe	
Sim	1	32	0	0	33
Não	8	140	1	1	150
Total	9	172	1	1	183

Quadro 36 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com a categoria profissional e a experiência como supervisor (N = 187)

Apenas 10 enfermeiros responderam terem formação em supervisão, dos quais 9 são Enfermeiros Graduados, no entanto 33 responderam já terem tido experiência como supervisor, o que coloca algumas dúvidas quanto ao tipo de supervisão clínica desenvolvida. Garrido (2005a) refere que frequentemente as instituições entregam a supervisão clínica aos enfermeiros responsáveis pelos serviços, que muitas vezes não são estes os profissionais que têm a formação especializada. Este autor considera esta opção sempre uma má opção e que traz mais inconvenientes que vantagens.

No entanto fica a dúvida pela qual os restantes enfermeiros pertencentes à categoria de “Enfermeiro Graduado” que tiveram experiência como supervisor, mas não possuem formação em supervisão clínica (N=23) tiveram oportunidade de a desenvolver. Será que foi por terem sido responsáveis por serviços?

6.2.3 Dimensões de supervisão clínica mais valorizadas pelos enfermeiros

De modo a conhecer quais os itens da supervisão clínica mais valorizados pelos enfermeiros, procedemos ao cálculo das médias ponderadas para cada item e para o total.

Como podemos verificar pelo Quadro 37, os itens com valores médios superiores foram o item 2 “*Considero que este supervisor deverá ter formação específica na área da supervisão clínica*” com $\bar{x} = 3.76$; $s = 1.11$, o item 7 “*Gostava que o Enf. Supervisor me fizesse reflectir sobre as minhas práticas*” com $\bar{x} = 3.39$; $s = 1.07$, o item 4 “*Eu vejo o Enf. Supervisor como facilitador do*

desenvolvimento das minhas competências relacionais" com $\bar{x} = 3.20$; $s = 1.13$ e o item 3 *"Eu vejo o Enf. Supervisor como um amigo"* com $\bar{x} = 3.17$; $s = .99$.

Os dois itens menos pontuados em média, são o item 5 *"Tenho alguma dificuldade em orientar o doente com vista ao seu crescimento e autonomia por me ser uma área difícil de desenvolver"* com $\bar{x} = 2.05$; $s = .82$ e o item 1 *"Considero fundamental a existência de um Enf. Supervisor capaz de supervisionar o meu relacionamento com o doente"* com $\bar{x} = 2.63$; $s = 1.17$. Relativamente ao total da ESU, a média é de 3.03 ($s = .72$).

É de salientar que os itens mais valorizados, assim como o total da escala apontam para uma posição próxima da neutralidade, dado se encontraram muito próximos do valor 3 da escala de *likert*.

Itens	Mínimo	Máximo	\bar{x}	s
ESU2 - Formação específica	1.00	5.00	3.76	1.11
ESU7 - Reflexão das práticas	1.00	5.00	3.39	1.07
ESU4 - Facilitador compt. relacionais	1.00	5.00	3.20	1.13
ESU3 - Amigo	1.00	5.00	3.17	.99
ESU6 - Contribuir desenv. pessoal	1.00	5.00	3.13	1.11
ESU10 - Avaliação justa	1.00	5.00	2.82	.84
ESU1 - Supervisão relacionamento	1.00	5.00	2.63	1.17
ESU5 - Dificuldade orientar doente	1.00	5.00	2.05	.82
Pontuação total	1.00	4.75	3.03	.72

Quadro 37 - Estatísticas resumo para os itens da ESU (N = 187)

Thomas e Reid (1995), citado por Abreu (2005a), consideram que a falta de pessoal capacitado para desenvolver a supervisão clínica é uma das principais dificuldades para a sua implementação. Talvez por esse motivo os enfermeiros apresentem médias mais elevadas relativamente ao desejo do seu supervisor apresentar formação específica em supervisão por observarem que os seus supervisores não a possuem.

6.2.4 Dimensões de relação de ajuda mais desenvolvidas pelos enfermeiros

De forma a conhecer quais as dimensões mais valorizadas pelos enfermeiros procedemos ao cálculo das médias ponderadas por dimensão.

Como podemos verificar pelo Quadro 38, o factor mais valorizado é o factor 1 - *Atitude de Aceitação* ($\bar{x} = 3.33$; $s = .60$), seguido do factor 2 - *Atitude de Consciencialização das suas Capacidades* ($\bar{x} = 2.91$; $s = .69$) e do factor 4 - *Atitude de Promoção da Verbalização* ($\bar{x} = 2.69$; $s = .68$), encontrando-se como factor menos valorizado o factor 3 - *Atitude Reflexiva em Relação às Emoções do Utente e seu Significado* ($\bar{x} = 2.18$; $s = .82$).

Factores	Mínimo	Máximo	\bar{x}	s
ERA Factor 3 - Reflexão	.13	4.10	2.18	.82
ERA Factor 4 - Verbalização	1.00	4.40	2.69	.68
ERA Factor 2 - Consciencialização	.58	4.28	2.91	.69
ERA Factor 1 - Aceitação	1.23	4.52	3.33	.60
ERA Global	1.07	4.06	2.90	.57

Quadro 38 - Resumo das dimensões da ERA (N = 187)

6.2.5 Estado de saúde dos enfermeiros e sua influência nos seus relacionamentos sociais e profissionais

Relativamente à satisfação com a saúde, procedemos previamente ao cálculo das medidas de tendência para os três itens, e que apresentamos seguidamente. Cada questão era cotada entre 1 (Frac a ou Absolutamente Nada) e 5 pontos (Óptima ou Imenso).

Relativamente ao item 1 “*Em geral, como diria que a sua saúde é*” verificamos que o valor médio é 3.10, o que aponta na globalidade da amostra para uma saúde considerada boa.

No item 2 “*Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, vizinhos ou outras pessoas?*” a média obtida de 2.71 sugere uma posição intermédia entre a pouca interferência e a moderada.

Por fim, o item 3 “*Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento profissional normal?*”, a média de 2.42 aponta igualmente para uma posição de pouca interferência.

Itens	Mínimo	Máximo	\bar{x}	s
SSG 1	1	5	3.10	.81
SSG 2	1	5	2.71	.92
SSG 3	1	5	2.42	.91

Quadro 39 - Estatísticas resumo para os itens da SSG (N = 187)

6.2.6 Suportes sociais mais valorizados pelos enfermeiros

Quanto ao suporte social mais valorizado pelos enfermeiros da amostra, podemos observar no Quadro 40, que o Factor 2 - *Intimidade* é o que apresenta um valor médio mais elevado ($\bar{x} = 3.80$; $s = .77$), logo seguido do Factor 3 - *Satisfação com a Família* ($\bar{x} = 3.48$; $s = .76$).

O Factor menos valorizado pelos enfermeiros desta amostra foi o Factor 4 - *Actividades Sociais* com uma média de 2,78 e desvio padrão de ,79.

Factores	Mínimo	Máximo	\bar{x}	s
ESS – Total	1,67	4,80	3,3880	,5717
ESS – Factor 1 - Satisfação com Amigos	1,80	5,00	3,3871	,6939
ESS – Factor 2 - Intimidade	1,50	5,00	3,8048	,7747
ESS – Factor 3 - Satisfação com Família	1,33	5,00	3,4857	,7696
ESS – Factor 4 - Actividades Sociais	1,00	5,00	2,7832	,7980

Quadro 40 - Estatísticas resumo para os factores da ESS (N = 187)

6.2.7 Características do Enf. Supervisor face às competências relacionais

No que concerne à análise da única questão aberta do instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo, “*Identifique algumas características que considera que deve ter o Enf. Supervisor face às competências relacionais*”, observámos que dos 187 enfermeiros que responderam ao questionário, apenas 112 enfermeiros (59,9%) responderam a esta questão.

Destes, 5 respostas dos enfermeiros da amostra a esta questão aberta, (4,5%), não foram sujeitas a análise por serem consideradas respostas despropositadas.

Assim, após várias leituras das respostas dos inquiridos e baseado na pesquisa bibliográfica efectuada e na temática deste estudo, foram definidas seis categorias de respostas: Competências Relacionais, Atributos que os Enfermeiros desejam ver no Supervisor, Formação do Supervisor, Capacidade de Liderança, Capacidade de Comunicação e Relacionamento, e Atitudes do Supervisor.

Surgiu a necessidade de estas categorias comportarem sub – categorias, dado a especificidade de alguns temas e a abrangência de algumas categorias. Posteriormente foram definidas unidades de registo, retiradas do texto obtido, que ponderamos ser as que melhor se harmonizavam para cada sub – categoria. No Quadro 41, apresentamos apenas um extracto da categorização das respostas à questão 4.13 (II Parte do instrumento de colheita de dados), porém os dados completos constam no Anexo VII.

Descobrimos que as características do Enfermeiro Supervisor que os enfermeiros da amostra mais desejam ver são a **Empatia**, com 22 respostas (20,6%), localizada na categoria “Competências Relacionais”, a **Imparcialidade** também com 22 respostas (20,6%), e ainda a **Justiça** com 21 respostas (19,6%), pertencentes estas duas sub - categorias à categoria “Atributos que os Enfermeiros desejam ver no Supervisor”.

Este resultado não vêm de encontro ao resultado do estudo realizado por Fowler (1995), citado por Abreu (2002), em que recorrendo a métodos quantitativos e qualitativos revelou que as características mais desejáveis no Supervisor, na perspectiva dos supervisados, eram as capacidades formativas. Os inquiridos consideraram estas as mais estruturantes do processo de supervisão.

Os resultados deste estudo revelaram também que em segundo lugar as características que os enfermeiros desejam ver no supervisor pertencem à sub – categoria “Desejo de ver o Supervisor como um Ser Competente” com 16 respostas (15%) e pertencente à categoria “Formação do Supervisor”.

Em terceiro lugar os enfermeiros desejam também ver no Enfermeiro Supervisor a Honestidade e a Compreensão, tendo cada uma destas sub – categorias 9 respostas (8,4%) e pertencentes à categoria “Atributos que os Enfermeiros desejam ver no Supervisor”.

Ainda também com 8,4% das respostas, os enfermeiros desejam igualmente que o enfermeiro supervisor tenha “Capacidade de Escuta”.

Menos valorizado pelos enfermeiros da amostra foi a sub – categoria “Formação Específica” na área de supervisão, com apenas 4 respostas (3,7%), assim como a sub – categoria “Respeito” e “Competência Comunicacional”.

Os enfermeiros desta amostra consideraram mais relevante e prioritário, no Enfermeiro Supervisor, as características de Empatia, Imparcialidade e Justiça em detrimento da formação específica do mesmo, talvez por já terem sentido alguma vez de uma forma clara e vincada com os seus supervisores, os sentimentos de injustiça, desigualdade, parcialidade ou favoritismo. Estes sentimentos podem eventualmente ser a causa de considerarem ser mais importante um Supervisor possuir estas características, em vez de por exemplo formação específica na área da supervisão.

CATEGORIA	SUB - CATEGORIA	FREQ. U. E.
Competências Relacionais	Empatia	22
	Respeito	4
	Capacidade de Escuta	9
Atributos que os Enfermeiros desejam ver no Supervisor	Justiça	21
	Imparcialidade	22
	Coerência	5
	Amizade	7
	Honestidade	9
	Humanidade	8
	Disponibilidade	7
	Acessibilidade	8
	Compreensão	9
Formação em Supervisão	Formação Específica	4
	Desejo de ver o Supervisor como um ser Competente	3
	Competência observada no supervisor	16
Capacidade de Liderança	Área da gestão	7
	Área da moderação de conflitos	5
Capacidade de Comunicação	Desejo que o supervisor seja um bom comunicador	8
	Competência Comunicacional	4
Atitudes do Supervisor	Formativas	5

Quadro 41 - Categorização das respostas à questão 4.13 (II Parte do instrumento de colheita de dados) – Estudo 2

6.2.8 Síntese dos resultados e discussão: testes de hipóteses

Seguidamente passamos a apresentar a formulação das hipóteses por nós elaboradas para a continuação deste estudo de investigação.

H₁: O desenvolvimento da relação de ajuda entre enfermeiro/utente é diferente consoante o seu nível de prestação de cuidados (CSP/CD).

Relativamente a esta hipótese procedemos ao cálculo do teste *t* para grupos independentes.

Verificamos no Quadro 42, que os valores médios em todos os factores da ERA são mais elevados nos enfermeiros dos CSP, sendo que no factor 2 da ERA “*Atitude de Consciencialização das suas Capacidades*” ($t_{(185)} = 2.057$; $p = .041$) e na pontuação total da ERA ($t_{(185)} = 2.214$; $p = .028$) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (dado $p < 0,05$).

Em ambos os factores são os enfermeiros que trabalham em Cuidados de Saúde Primários que apresentam valores em média superiores, nomeadamente ($\bar{x} = 3.11$) e ($\bar{x} = 3.08$), o que parece demonstrar serem estes os profissionais que mais desenvolvem a relação de ajuda, relativamente aos enfermeiros que exercem a sua actividade nos Cuidados Diferenciados.

Apesar do teste de hipóteses não revelar diferenças significativas nos outros factores, contudo são os enfermeiros que exercem a sua actividade nos Cuidados de Saúde Primários que apresentam médias superiores no desenvolvimento da relação de ajuda.

Nas instituições de CSP os enfermeiros são predominantemente Enfermeiros de Família, o que lhes permite acompanhar o ciclo vital dos utentes, assim como ter um contacto “continuado” durante um longo período de tempo. Talvez por esse motivo criem laços afectivos mais intensos com eles, e consigam desenvolver a relação de ajuda, em oposição aos enfermeiros que trabalham nos Cuidados Diferenciados. No entanto é sobretudo a nível dos internamentos, que os doentes vivem situações difíceis, por exemplo quando lhes é comunicado e/ou confirmado o diagnóstico, por vezes grave, assim como o prognóstico da sua patologia. Neste sentido a probabilidade de sentirem uma fragilidade emocional é

elevada, contudo são estes os profissionais, que de acordo com os resultados deste estudo, parecem ser os que menos desenvolvem a relação de ajuda. Num estudo realizado em enfermeiros de Unidades de Cuidados Intensivos de 10 hospitais de norte a sul do país, Henriques (1995) conclui que é fundamental diminuir o sofrimento do doente, através da empatia e compreensão das suas necessidades. O estudo revelou que estes doentes necessitam mais de uma mão amiga do que da presença terapêutica.

	NPC:	N	\bar{x}	s	t	p
ERA_F1- Aceitação	CSP	38	3.46	.54	1.743	.083
	CD	149	3.27	.61		
ERA_F2- Consciencialização	CSP	38	3.11	.74	2.057	.041
	CD	149	2.86	.67		
ERA_F3- Reflexão	CSP	38	2.37	.93	1.577	.117
	CD	149	2.13	.79		
ERA_F4- Verbalização	CSP	38	2.83	.73	1.381	.169
	CD	149	2.66	.67		
ERA_GL_	CSP	38	3.08	.59	2.214	.028
	CD	149	2.85	.55		

Quadro 42 - Resultados da aplicação do teste t para grupos independentes Factor: nível prestação cuidados; V.D.: factores e total da ERA

H₂: Não há diferenças significativas entre o desenvolvimento da relação de ajuda entre enfermeiro/utente e as variáveis sócio-demográficas da amostra.

No que concerne a hipótese apresentada, procedemos de igual modo ao cálculo do teste *t* para grupos independentes e ANOVA.

Género

Conforme podemos verificar pelo Quadro 43, apesar de nenhuma das diferenças encontradas serem estatisticamente significativas ($p > 0,05$), verificamos em todos os factores e no total da ERA, que são os enfermeiros do género feminino que apresentam valores em média, sempre superiores aos do género masculino, o que nos conduz a concluir que a variável **género** não interfere no desenvolvimento da relação de ajuda entre enfermeiro/utente.

Este resultado vem de encontro a Phaneuf (1995) ao referir que o facto de alguns enfermeiros terem alguma aptidão própria da sua personalidade para o desenvolvimento da relação de ajuda, esta não pode estar associada ao carácter feminino da mulher, embora esta possa ter mais facilidade e receptividade em revelar a sua afectividade, talvez devido às características próprias da personalidade feminina. Acresce ainda que de uma forma geral parece não se ver com bons olhos a demonstração de afectividade dos enfermeiros do género masculino para com os utentes (homens e mulheres), provavelmente devido aos tabus da sociedade. A relação de ajuda exige acima de tudo formação e desenvolvimento.

	Género	N	\bar{x}	s	t	p
ERA_F1 - Aceitação	Masculino	38	3.31	.62	-.140	.889
	Feminino	149	3.33	.60		
ERA_F2 - Consciencialização	Masculino	38	2.84	.70	-.668	.505
	Feminino	149	2.93	.69		
ERA_F3 - Reflexão	Masculino	38	2.13	.80	-.415	.679
	Feminino	149	2.19	.83		
ERA_F4 - Verbalização	Masculino	38	2.51	.69	-1.852	.066
	Feminino	149	2.74	.68		
ERA Total	Masculino	38	2.82	.55	-.898	.371
	Feminino	149	2.92	.57		

Quadro 43 - Resultados da aplicação do teste t para grupos independentes Factor: género;
V.D.: factores e total da ERA

Estado Civil

Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível dos factores e pontuação total da ERA, no que se refere à variável **estado civil** (Quadro 44), o que significa que qualquer que seja o estado civil dos enfermeiros, esta variável não parece condicionar a relação de ajuda.

		N	\bar{x}	s	F	p
ERA_FACTOR 1 Aceitação	Casada/ União de facto	39	3.24	.58	2.169	.117
	Solteira	141	3.35	.58		
	Divorciada/separada/Viúva	7	2.91	.95		
ERA_FACTOR 2 Consciencialização	Casada/ União de facto	39	2.84	.70	.586	.558
	Solteira	141	2.94	.67		
	Divorciada/separada/Viúva	7	2.70	1.05		
ERA_FACTOR 3 Reflexão	Casada/ União de facto	39	2.21	.83	.036	.964
	Solteira	141	2.17	.80		
	Divorciada/separada/Viúva	7	2.19	1.23		
ERA_FACTOR 4 Verbalização	Casada/ União de facto	39	2.81	.66	1.311	.272
	Solteira	141	2.68	.67		
	Divorciada/separada/Viúva	7	2.39	1.04		
ERA Total	Casada/ União de facto	39	2.88	.56	.828	.438
	Solteira	141	2.91	.54		
	Divorciada/separada/Viúva	7	2.64	1.01		

Quadro 44 - Análise de Variância de um critério Factor: estado civil; Variáveis dependente: factores e total da ERA

Idade

Relativamente à variável **idade**, o coeficiente de correlação de Pearson e respectivo teste de significância também mostrou inexistência de diferenças estatísticas significativas nos diversos factores (Quadro 45).

	Idade
ERA_FACTOR 1 - Aceitação	r= -.014 p= .855
ERA_FACTOR 2 - Consciencialização	r=.015 p= .838
ERA_FACTOR 3 - Reflexão	r= -.026 p= .725
ERA_FACTOR 4 - Verbalização	r= -.012 p= .876
ERA Total	r= -.006 p=.936

Quadro 45 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre as dimensões e pontuação total da ERA e a idade dos enfermeiros. Testes bicaudais (N = 187)

Podemos concluir que o desenvolvimento da relação de ajuda não é influenciado de forma significativa pela variável idade. Os resultados deste estudo não nos permite concluir que os enfermeiros mais novos em idade, desenvolvam mais frequentemente a relação de ajuda, como empiricamente se possa pensar, ou por estarem mais motivados e empenhados para exercerem a profissão, ou

por terem os conhecimentos teóricos nomeadamente em relação de ajuda, mais presentes e actuais. No entanto, verificamos que as correlações são negativas e muito baixas, o que parece que quanto mais velhos, menos desenvolvidas têm as competências em relação de ajuda.

Os resultados do teste vêm de encontro à hipótese por nós formulada, pelo que aceitamos a hipótese experimental e rejeitamos a hipótese nula.

H₃: Há relação entre o desenvolvimento da relação de ajuda entre enfermeiro/utente e a satisfação social dos enfermeiros.

Esta hipótese mostra, conforme podemos verificar no Quadro 46, recorrendo à medida de correlação de Pearson e respectivo teste de significância, que nenhuma das correlações é estatisticamente significativa, sendo na generalidade quase nulo o valor dos coeficientes encontrados, com excepção para a correlação entre o Factor 1 da ERA (Atitude de Aceitação) e Factor 3 da ESS (Satisfação com a Família) ($r = .186$; $p = .011$).

Nesse sentido, valores mais elevados na dimensão Satisfação com a Família estão associados a valores, em média, mais elevados no Factor 1 da ERA, no entanto, mesmo sendo significativa e positiva, a relação existente é quase nula, dado ter um poder explicativo muito reduzido ($r^2 = .003$; 3% de variação explicada).

Apesar de não haver influência estatisticamente significativa entre satisfação social e a relação de ajuda verificamos que existe correlação positiva entre as duas variáveis, o que significa que quanto maior a satisfação social dos enfermeiros, maior o desenvolvimento da relação de ajuda, à excepção do Factor 4 (Actividades Sociais) que apresenta correlações negativas.

	ERA_F1	ERA_F2	ERA_F3	ERA_F4	ERA total
ESS-F1 Satisfação com Amigos	r=.005 p=.944	r=.009 p=.907	r=.045 p=.538	r=.099 p=.178	r=.029 p=.697
ESS-F2 Intimidade	r=.127 p=.085	r=.034 p=.640	r=.016 p=.829	r=.103 p=.160	r=.078 p=.291
ESS-F3 Satisfação com a Família	r=.186 p=.011	r=.102 p=.167	r=.034 p=.645	r=.116 p=.115	r=.136 p=.063
ESS-F4 Actividades Sociais	r= -.096 p=.192	r= -.134 p=.068	r= -.050 p=.495	r= -.002 p=.979	r= -.091 p=.217
SS Total	r=.074 p=.317	r=.009 p=.903	r=.010 p=.891	r=.120 p=.105	r=.054 p=.465

Quadro 46 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre as dimensões e pontuação total da ERA e as Dimensões e total da ESS. Testes bicaudais (N = 187)

Embora exista um poder explicativo diminuto, a presença de um suporte familiar e social nos enfermeiros é fortificante no sentido de a relação de ajuda com os utentes não se tornar desgastante para estes profissionais. Phaneuf (1995) considera que nem sempre os enfermeiros se podem dar, se não se refortalecerem mediante o recurso, por exemplo a relações interpessoais fortes, sólidas, valorizantes, ou a distrações, como períodos ao ar livre, que lhes permitam conservar o seu equilíbrio emocional e evitar o esgotamento profissional. Em 1996 num estudo realizado por Hohaus e Berah e referenciado por Ribeiro (2004), conclui que o suporte social tem um importante papel na redução de mal-estar dos indivíduos e poderá estar associada a satisfação com a vida. Neste sentido, os enfermeiros com melhor suporte social sentem-se melhor com a sua vida, assim como com eles próprios e têm mais condições emocionais para desenvolver a relação de ajuda com o utente.

Apesar dos resultados encontrados terem um poder explicativo reduzido, verificamos que existe alguma relação entre o desenvolvimento da relação de ajuda dos enfermeiros e a satisfação social dos mesmos.

H₄: Há relação entre o desenvolvimento da relação de ajuda entre enfermeiro/utente e a condição de saúde dos enfermeiros.

Na hipótese que prevê a existência de relação entre o desenvolvimento da relação de ajuda entre enfermeiro/utente e a satisfação com a saúde dos enfermeiros, recorreremos à medida de correlação de Pearson e respectivo teste de significância. Podemos verificar pelo Quadro 47, que apenas o item 3 (SSG3) “*em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento profissional normal*” foram encontrados valores estatisticamente significativos ($p < 0,05$) relacionados com os factores 1, 4 e pontuação total da ERA.

Todas as correlações deste item são negativas, o que sugere que em média valores mais elevados da ERA, estão associados a menores valores do SSG3, ou seja, quanto menor os problemas físicos ou emocionais dos enfermeiros, maior o desenvolvimento da relação de ajuda. No entanto os valores dos coeficientes de determinação (r^2) mostram um poder explicativo muito reduzido, o que aliás se vê pelo facto das correlações serem muito baixas, quase nulas.

Todas as restantes correlações não são estatisticamente significativas, e apresentam valores praticamente nulos na sua generalidade.

Itens	ERA_F1	ERA_F2	ERA_F3	ERA_F4	ERA Total
SSG1	r= .058 p= .430	r=.030 p=.680	r=.082 p=.264	r=.082 p=.268	r=.065 p=.375
SSG2	r= -.077 p=.298	r= -.004 p=.955	r= -.021 p=.776	r= -.101 p=.168	r= -.050 p=.493
SSG3	r= -.188 p=.010	r= -.057 p=.439	r= -.077 p=.293	r= -.193 p=.008	r= -.145 p=.048

Quadro 47 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre as dimensões e pontuação total da ERA e os itens da SSG e ESS Testes bicaudais (N= 187)

O SSG2 também correlaciona de forma negativa com F1, F2, F3, F4 e F total.

Embora este poder explicativo seja reduzido, o resultado parece explicar que as alterações físicas e/ou emocionais, considerando o que é a normalidade de

cada pessoa, interfere nos seus relacionamentos desenvolvidos em contexto de trabalho.

H₅: Não há diferenças significativas entre a valorização que os enfermeiros atribuem à supervisão clínica do desenvolvimento de competências relacionais e as variáveis sócio-demográficas.

Relativamente a esta hipótese, realizamos vários testes em separado, tendo todos os resultados vindo de encontro à hipótese por nós formulada o que nos conduz a aceitar a hipótese experimental e rejeitar a hipótese nula.

No que concerne à variável **género** (Quadro 48), não encontramos diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), o que vem de encontro ao afirmado pela hipótese ($t_{(185)} = .578$; $p = .564$)

	NPC	N	\bar{x}	s	t	p
Total ESU	Masculino	38	3.07	.87	.578	.564
	Feminino	149	3.00	.68		

Quadro 48 - Resultados da aplicação do teste t para grupos independentes Factor: género; V.D.: pontuação total da ESU

Relativamente ao **estado civil** (Quadro 49) não encontramos, igualmente diferenças estatisticamente significativas, o que vem de encontro ao afirmado pela hipótese ($F = .429$; $p = .652$). Observamos também que esta variável não tem qualquer interferência na valorização que os enfermeiros atribuem à supervisão clínica do desenvolvimento de competências relacionais.

		N	\bar{x}	s	F	p
Total ESU	Casada/ União de facto	39	3,01	,70	.429	.652
	Solteira	141	3,00	,74		
	Divorciada/separada/Viúva	7	3,27	,55		

Quadro 49 - Análise de Variância de um critério Factor: estado civil; Variáveis dependente: pontuação total da ESU

Finalmente no que concerne à **idade** (Quadro 50), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas com a pontuação total da ESU ($r = .080$; $p = .275$). No entanto observa-se uma correlação positiva que nos permite afirmar

que à medida que avança a idade aumenta a valorização que os enfermeiros atribuem à supervisão.

Estes resultados não vão de encontro ao que esperávamos, uma vez que os enfermeiros mais novos em idade poderiam valorizar mais a supervisão clínica do desenvolvimento de competências relacionais, dado Benner (2001) considerar que inerente ao nível de competência de iniciado, estes profissionais adoptariam uma postura mais dependente ou insegura quanto às suas práticas. Este resultado levanta-nos algumas questões como: será que os profissionais mais novos pensam que sabem tudo? Ou será que por terem a “matéria” fresca consideram que não precisam de supervisão? Ou ainda, por terem sido supervisionados durante todo o curso, quando profissionais querem ser independentes?

	Idade
Total ESU	r=.080 p=.275

Quadro 50 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre a pontuação total da ESU e a idade. Testes bicaudais (N = 187)

Os resultados encontrados permitem-nos concluir que não existe relação entre a valorização que os enfermeiros da amostra atribuem à supervisão clínica do desenvolvimento de competências relacionais e as variáveis género, estado civil e idade.

H₆: A valorização que os enfermeiros atribuem à supervisão clínica do desenvolvimento de competências relacionais, é diferente consoante as variáveis sócio-profissionais.

A hipótese 6 prevê a existência de 2 testes em separado, um tendo como factor o tempo de exercício profissional e outro nível de prestação de cuidados.

O **tempo de exercício profissional** não se mostrou relacionado com a valorização que os enfermeiros atribuem à supervisão clínica do desenvolvimento

de competências relacionais, conforme Quadro 51 ($F = 1.503$; $p=.225$), dado o valor de $p>0,05$. No entanto este resultado não confirma o que poderíamos esperar, dado que os enfermeiros com menor tempo de exercício profissional, (≤ 9 anos), poderiam ser os que valorizam mais a supervisão das suas competências, por terem menos experiência profissional e como tal uma insegurança superior que lhes permita valorizar a supervisão clínica. Embora esta hipótese não se confirme dado o valor de $p>0,05$, são os enfermeiros com ≥ 20 anos de exercício profissional, que apresentam uma média mais alta. Estes enfermeiros valorizam a supervisão clínica, ficando no entanto a incompreensão deste resultado. Será que os profissionais com este tempo de exercício profissional sentem que já deveriam ser supervisionados? Ou será que a experiência adquirida (competências) lhes permite valorizar mais a supervisão?

	N	\bar{X}	s	F	p
≤ 9 anos	102	3.00	.69	1.503	.225
10 – 19 anos	70	2.97	.77		
≥ 20 anos	15	3.33	.75		

Quadro 51 - Análise de Variância de um critério Factor: tempo exercício profissional; Variáveis dependente: pontuação total da ESU

Relativamente ao **nível de prestação de cuidados** (Quadro 52) encontramos diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$), o que vem de encontro ao proposto inicialmente pela hipótese, ou seja, a valorização que os enfermeiros atribuem à supervisão clínica do desenvolvimento de competências relacionais é diferente consoante o nível de prestação de cuidados ($t_{(185)} = 3.090$; $p=.002$). Esta valorização é em média superior nos enfermeiros que exercem a sua actividade nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), comparativamente com os enfermeiros dos Cuidados Diferenciados (CD).

Não foram encontrados resultados de estudos, nem autores que confirmassem este dado, no entanto, conforme já abordamos anteriormente, os nossos resultados indicam serem os enfermeiros dos CSP que desenvolvem mais a relação de ajuda com os utentes, é coerente serem também estes profissionais a valorizar mais a supervisão clínica do desenvolvimento de competências relacionais.

	NPC	N	\bar{x}	s	t	p
Total ESU	CSP	38	3.34	.67	3.090	.002
	CD	149	2.94	.72		

Quadro 52 - Resultados da aplicação do teste t para grupos independentes Factor: nível prestação cuidados; V.D.: pontuação total da ESU

H₇: Prevê-se que os enfermeiros com melhor suporte social apresentem melhor condição de saúde.

Relativamente à hipótese que prevê que os enfermeiros com melhor suporte social apresentem melhor condição de saúde, recorremos ao coeficiente de correlação de Pearson e teste de significância, conforme podemos ver pelo Quadro 53.

O item SSG1 “*Em geral, como diria que a sua saúde é*”, apresentou correlações baixas entre todas as dimensões e total da satisfação com o suporte social, excepção para o factor 4.

Como podemos verificar, todas as correlações são positivas e significativas ao nível de .001, o que sugere em média os enfermeiros com melhor suporte social, nomeadamente *Satisfação com Amigos* – Factor 1 ($r = .283$); *Intimidade* – Factor 2 ($r = .231$); *Satisfação com a Família* – Factor 3 ($r = .255$) e total da escala ($r = .299$) apresentem, em média, melhor condição de saúde.

Este resultado vem de encontro a Tojal *et al.* (2005), dado este considerar que existe uma forte correlação entre o suporte social e o estado de saúde dos indivíduos, ficando no entanto a dúvida de que forma é que um influencia o outro. Este autor refere que actualmente vários são os autores que consideram existir uma relação directa entre o nível de suporte social e o risco de padecer de diversas doenças.

Em 1987 num estudo efectuado por Arnetz e referido ainda por Tojal *et al.* (2005), acerca dos efeitos do suporte social no funcionamento do sistema imunitário e consequentemente na sua saúde. O estudo foi feito a mulheres empregadas que tinham recebido apoio monetário e mulheres desempregadas que também tinham recebido apoio monetário, mais um programa de apoio psicossocial. Os resultados revelaram que as mulheres desempregadas apresentavam um funcionamento imunitário superior às mulheres que apenas

receberam apoio monetário. Conclui ao referir que o suporte social parece, neste caso, ter reduzido a imunossupressão causada pelo factor stress – desemprego.

Um estudo realizado por Ganster *et al.* (1986) e citado por Ribeiro (2004), acerca do papel do suporte social enquanto moderador do impacto das condições de trabalho nos indivíduos, conclui haver relação entre o suporte social e as queixas somáticas dos mesmos.

Relativamente ao SSG2 “*Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, vizinhos ou outras pessoas?*” verificamos correlações todas elas negativas, baixas e moderadas ($r > +/- .35$) estatisticamente significativas, nomeadamente entre a Satisfação com Amigos – Factor 1 ($r = -.264$); Intimidade – Factor 2 ($r = -.250$); Satisfação com a Família – Factor 3 ($r = -.307$); Actividades Sociais – Factor 4 ($r = -.281$) e total da escala ($r = -.375$). Este resultado sugere que maior suporte social está associado a menores problemas emocionais que interfiram no relacionamento social normal com a família, vizinhos ou outras pessoas.

É de salientar que a escala deste item pontua entre 1 (Absolutamente Nada) a 5 (Imenso).

No que concerne ao item SSG3 “*Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento profissional normal?*”, todas as correlações são significativas ao nível de .01 e .05, baixas e negativas, o que sugere, tal como no exemplo anterior que em média, um melhor suporte social, está associado, em média a menores problemas emocionais, percebidos como tendo interferência no trabalho.

Parece que os enfermeiros com uma família estável, sólida, entendida por eles como um *porto seguro*, um *castelo forte*, assim como os enfermeiros que tenham apenas, ou também, um grupo de amigos em quem possam confiar, com quem tenham a oportunidade de partilhar aspectos íntimos e próprios da sua personalidade, conseguem gerir melhor os seus problemas emocionais. Ou ainda aqueles profissionais que pertençam a alguma colectividade, Igreja, etc., também os conseguem gerir, a ponto de não interferirem nos seus relacionamentos quer profissionais, quer sociais.

	SSG1	SSG2	SSG3
FACTOR 1	,283 ^(**) ,000	-,264 ^(**) ,000	-,212 ^(**) ,004
FACTOR 2	,231 ^(**) ,001	-,250 ^(**) ,001	-,151 ^(*) ,040
FACTOR 3	,255 ^(**) ,000	-,307 ^(**) ,000	-,193 ^(**) ,009
FACTOR 4	,097 ,188	-,281 ^(**) ,000	-,227 ^(**) ,002
ESS Total	,299 ^(**) ,000	-,375 ^(**) ,000	-,277 ^(**) ,000

* p < .05; ** p < .01

Quadro 53 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre a pontuação total da ESU e os itens da SSG. Testes bicaudais (N = 187)

Os resultados encontrados vêm de encontro à hipótese experimental pelo que a aceitamos e rejeitamos a hipótese nula.

H₈: Prevê-se que o estado civil dos enfermeiros está relacionado com um melhor suporte social e melhor condição de saúde dos mesmos.

Relativamente à primeira parte desta hipótese que prevê que o estado civil esteja relacionado com o suporte social, não encontramos diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) - Quadro 54.

No entanto, analisando os valores da média nos diversos factores, verificamos que são os enfermeiros casados/união de facto que em quase todos os factores apresentam resultados em média mais elevados. Nesse sentido, podemos afirmar que são estes que apresentam maior suporte social.

Num estudo efectuado por Lynch (1977) e citado por Tojal *et al.* (2005) verificou que os indivíduos viúvos, divorciados ou solteiros apresentavam uma taxa de mortalidade devido a doenças coronárias superior às de indivíduos casados. O autor concluiu ter havido uma suposição implícita de o casamento ser uma fonte eficaz de suporte social. Talvez pela necessidade que o ser humano possui de companheirismo, de ter alguém muito íntimo com quem pode contar nas adversidades da vida, assim como na partilha das alegrias e sucessos, amar, dar e receber na mesma proporção da sua dedicação ao outro.

		N	\bar{x}	s	F	p
ESS_ Total	Casada/ União de facto	39	3,52	,573	1,541	,217
	Solteira	141	3,35	,557		
	Divorciada/separada/Viúva	7	3,21	,781		
FACTOR 1	Casada/ União de facto	39	3,60	,667	2,555	,080
	Solteira	141	3,33	,678		
	Divorciada/separada/Viúva	7	3,22	,975		
FACTOR 2	Casada/ União de facto	39	3,94	,748	1,560	,213
	Solteira	141	3,78	,773		
	Divorciada/separada/Viúva	7	3,42	,886		
FACTOR 3	Casada/ União de facto	39	3,66	,861	1,391	,252
	Solteira	141	3,44	,725		
	Divorciada/separada/Viúva	7	3,38	1,04		
FACTOR 4	Casada/ União de facto	39	2,77	,747	,008	,992
	Solteira	141	2,78	,801		
	Divorciada/separada/Viúva	7	2,76	1,10		

Quadro 54 - Análise de Variância de um critério Factor: estado civil; Variáveis dependente: factores e total da ESS

No que concerne à segunda parte da hipótese que prevê que o estado civil esteja relacionado com a condição de saúde dos enfermeiros, (Quadro 55) apenas encontramos diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), no item 1 “*Em geral, como diria que a sua saúde é*” pelo que apenas aceitamos parcialmente a hipótese experimental.

Neste caso, são os enfermeiros divorciados/separados/viúvos que no Item 1 apresentam valores médios mais elevados, seguindo-se os restantes dois grupos. Pensamos que este resultado se deve ao facto de como estes enfermeiros já experienciaram viver com um companheiro e conheceram o que é partilhar a vida com alguém, sentem-se mais sós e não podem contar a ajuda e o instinto de sobrevivência, fá-los sentirem-se mais preocupados e cuidadosos com eles próprios e com a sua saúde. Talvez ainda por terem mais tempo e disponibilidade para se dedicarem à sua saúde e adoptarem estilos de vida saudáveis, como praticar regularmente exercício físico ou uma alimentação equilibrada

Nos restantes itens não encontramos diferenças estatisticamente significativas.

		N	\bar{x}	s	F	p
SSG1	Casada/ União de facto	39	3,3077	,731	3,364	,037
	Solteira	141	3,0143	,813		
	Divorciada/separada/Viúva	7	3,5714	,786		
SSG2	Casada/ União de facto	39	2,7949	,893	,493	,612
	Solteira	141	2,7021	,939		
	Divorciada/separada/Viúva	7	2,4286	,786		
SSG3	Casada/ União de facto	39	2,5128	,854	,524	,593
	Solteira	141	2,4143	,929		
	Divorciada/separada/Viúva	7	2,1429	,899		

Quadro 55 - Análise de Variância de um critério. Factor: estado civil; Variáveis dependente: itens da SSG

Os resultados encontrados permitem-nos concluir que apesar do estado civil não ter influência no suporte social dos enfermeiros da amostra (dado não terem sido encontradas diferenças significativas), são os casados que apresentam valores médios mais elevados, assim como permite-nos também concluir que o estado civil tem alguma influência na condição de saúde dos enfermeiros da amostra, dado serem nos divorciados, separados e viúvos que foram encontradas diferenças significativas apenas no primeiro item “*Em geral, como diria que a sua saúde é*”.

CAPÍTULO 7. Conclusões

As conclusões deste estudo referem-se aos dados mais relevantes encontrados nos resultados obtidos, e a sua apresentação está organizada de acordo com a sequência definida no instrumento de colheita de dados. Assim, iniciamos pela caracterização sócio – profissional dos enfermeiros da amostra, e logo após a relação de ajuda em enfermagem, a valorização da supervisão clínica no desenvolvimento das competências relacionais e o suporte social dos enfermeiros.

7.1 Principais Conclusões

A enfermagem é uma profissão que articula ciência e arte. Ciência, dado reunir conhecimentos teóricos e práticos de uma forma organizada e validados. Arte, dado usar criatividade, habilidade, imaginação e sensibilidade e outros mais recursos, ao aplicar a ciência na sua prática assistencial. Os enfermeiros possuem uma extensa história de compromisso com o bem-estar da pessoa, contudo, confrontam-se actualmente com alguns contextos organizacionais em que o centro desse compromisso é dirigido a um cuidar do utente, algo distante daquilo que é o mais benéfico para o seu total e rápido restabelecimento. Por vezes, limitam-se apenas ao controlo de sintomas e ao estabelecimento dos seus estados clínicos. Todavia não podemos de forma alguma esquecer qual o propósito fundamental da enfermagem e que não se devem prestar cuidados de enfermagem sem desenvolver o *cuidar*. Dado ser este o ideal moral da enfermagem, requer do enfermeiro um envolvimento pessoal, social, moral, e espiritual, assim como um comprometimento para com ele e para com os outros.

O *cuidar* envolve a relação de ajuda com o utente/doente, e esta traz aos cuidados de enfermagem um suplemento essencial para a qualidade dos cuidados prestados, uma vez que a prestação de cuidados físicos de qualidade não são suficientes para a progressão da pessoa para uma situação de bem-estar física e psicológica.

A supervisão clínica surge neste sentido, como algo de fundamental para a qualidade dos cuidados a prestar aos utentes. Baseado num relacionamento pessoal e profissional entre supervisor clínico e supervisionado (neste contexto, o enfermeiro prestador de cuidados), permite a este um desenvolvimento das suas competências pessoais e profissionais, um conhecimento mais profundo da sua pessoa através de processos de reflexão contínuos, assim como uma compreensão superior do que é ser verdadeiramente enfermeiro prestador de cuidados.

Neste estudo “*Supervisão e Desenvolvimento de Competências na Relação de Ajuda em Enfermagem*” realizado no âmbito do Mestrado em Supervisão da Universidade de Aveiro, foram encontradas algumas conclusões que passamos a referir seguidamente.

Caracterização sócio – profissional dos enfermeiros da amostra

Os resultados deste estudo revelaram que 79.7% enfermeiros são do género feminino e 20.3% do género masculino. Os enfermeiros apresentam uma média de idades de 34.13 anos, compreendidas entre os 27 e 65 anos, sendo o seu estado civil maioritariamente casados, com 75.40%, seguido dos solteiros com 20.90%, dos divorciados/separados com 3.20%, e por fim, os viúvos com 0.50% (N=1).

Relativamente à formação académica, verificamos que a maioria são bacharéis em enfermagem, 98.40% e os restantes enfermeiros, 1.60% possuem curso de especialização em Enfermagem.

Quanto à categoria profissional dos enfermeiros da amostra observamos que 93.60% são “Enfermeiros Graduados”, 5.30% pertencem à categoria de “Enfermeiro”, e 0.50% (N=1) à categoria de “Enfermeiros Especialistas” bem como “Enfermeiro-Chefe”.

Relativamente ao nível de prestação de cuidados, verificamos que 20.30% dos enfermeiros trabalham ao nível dos Cuidados de Saúde Primários e 79.70% trabalham nos Cuidados Diferenciados.

No que concerne ao tempo de exercício profissional dos enfermeiros na instituição, a média é de 8.06 anos, e o tempo de exercício profissional global dos mesmos é em média de 10.75 anos.

Supervisão clínica no desenvolvimento das competências relacionais

Relativamente à supervisão clínica verificámos que 94.6% dos enfermeiros da nossa amostra nunca frequentou formação específica em supervisão, mas 18% dos enfermeiros revelaram já terem tido experiência como supervisor. Observámos também que o único Enfermeiro Chefe da nossa amostra considera não ter ainda tido experiência como Supervisor.

No que concerne à escala da supervisão clínica foi o item 2 “*Considero que este supervisor deverá ter formação específica na área da supervisão clínica*”, o mais valorizado pelos enfermeiros da nossa amostra, logo seguido do item 7 “*Gostava que o Enf. Supervisor me fizesse reflectir sobre as minhas práticas*”. Descobrimos ainda que são as características de Empatia (20,6%), Imparcialidade (20,6%), e Justiça (19,6%) que os enfermeiros mais desejam ver no Enfermeiro Supervisor.

Outro dado obtido neste estudo permite-nos concluir que entre a valorização que os enfermeiros da amostra atribuem à supervisão clínica e as variáveis sócio – demográficas (idade, estado civil e género) não existe relação. Assim como a valorização que os enfermeiros da amostra atribuem à supervisão clínica do desenvolvimento de competências relacionais é diferente consoante o nível de prestação de cuidados. Ou seja, os enfermeiros que exercem a sua actividade nos Cuidados de Saúde Primários atribuem uma valorização à supervisão clínica do desenvolvimento de competências relacionais em média superior aos enfermeiros que exercem a sua actividade nos Cuidados Diferenciados.

Relação de ajuda em enfermagem

Os resultados obtidos neste estudo permitem-nos revelar que apenas 53,2% dos enfermeiros receberam formação na área da relação de ajuda, enquanto que

46,8% nunca frequentaram acções de formação específicas nessa temática. Dos que receberam a formação, somente 36,4% foi na formação Inicial.

Observamos também que a dimensão mais valorizada pelos enfermeiros relativamente à escala da relação de ajuda é a dimensão 1 - Atitude de Aceitação.

Verificamos ainda que parece que são os enfermeiros que trabalham nos Cuidados de Saúde Primários, os que desenvolvem mais frequentemente a relação de ajuda, comparativamente com os enfermeiros que desempenham a sua actividade nos Cuidados Diferenciados.

Outro dado permite-nos concluir que não existe relação entre o desenvolvimento da relação de ajuda e as variáveis de caracterização sócio – demográficas (idade, estado civil e género). No entanto, parece que existe alguma relação entre o desenvolvimento da relação de ajuda dos enfermeiros da amostra e a satisfação social dos mesmos.

Suporte social dos enfermeiros

Quanto à possibilidade de uma interferência do estado de saúde dos enfermeiros da amostra nos seus relacionamentos sociais, o resultado aponta para uma posição intermédia entre a pouca interferência e a moderada, assim como uma posição de pouca interferência nos seus relacionamentos profissionais.

Relativamente ao suporte social dos enfermeiros, constata-se que os profissionais que apresentam valores em média mais elevados são os que apresentem também em média, melhor condição de saúde. Outro dado permite-nos concluir que os enfermeiros com maior suporte social apresentam menores problemas emocionais que possam ter interferência nos seus relacionamentos sociais normais com a família, vizinhos ou outras pessoas, assim como, na sua actividade profissional.

Nos enfermeiros da amostra o estado civil não está relacionado com o suporte social dos mesmos (dado não terem sido encontradas diferenças significativas), no entanto são os casados os que apresentam valores médios mais elevados.

Relativamente à condição de saúde dos enfermeiros da amostra, são nos divorciados, separados e viúvos onde foram encontradas diferenças significativas, apenas no primeiro item “*Em geral, como diria que a sua saúde é*”, o que nos permite concluir que parece que o estado civil tem alguma influência na condição de saúde dos mesmos.

7.2 Limitações do Estudo

Realizar um trabalho de investigação, nas condições a que nos propusemos realiza-lo, requer sempre algum esforço, empenho, disciplina e abdições que sem estas características nos parece extremamente difícil, se não impossível, a realização de um trabalho desta natureza. Contudo conciliar a realização deste trabalho com a actividade profissional e familiar foi sem dúvida um desafio gratificante, assim como todo o processo de aprendizagem desenvolvido ao longo destes vários meses. A inexperiência do investigador nesta matéria levou a alguns avanços e retrocessos ao longo do trabalho, no entanto foram considerados por nós normais, dada a já mencionada inexperiência.

Aquando da aplicação do instrumento de colheita de dados à amostra por nós definida (Estudo 2), surgiu alguma dificuldade por parte de uma minoria de enfermeiros, dada a confusão destes em distinguirem o papel de supervisor clínico, da categoria de “Enfermeiro Supervisor” da carreira de Enfermagem. Apesar de termos definido o conceito de supervisor clínico e de ter sido um aspecto logo revelado no estudo piloto, através do método de reflexão falada, e de o termos corrigido, mesmo assim prevaleceram algumas dúvidas acerca deste aspecto.

Um outro aspecto prendeu-se com o factor tempo, dado que numa das instituições de ensino seleccionadas por nós para que os enfermeiros que aí frequentavam o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem fizessem parte da nossa amostra, não foi o investigador que esteve presente no momento da aplicação do instrumento de colheita de dados. Daí resultou uma grande demora na devolução dos questionários preenchidos e ainda um reduzido número de questionários respondidos, o que conduziu à necessidade de procurar uma quarta instituição de ensino. Assim a necessidade de recorrer a outra instituição

de ensino, para mais uma aplicação do instrumento de colheita de dados, com o objectivo de perfazer uma maior amostra, levou a um atraso temporal significativo na realização deste estudo.

Verificamos também que alguns inquiridos da nossa amostra, não aderiram à resposta da única pergunta aberta do instrumento de colheita de dados.

Neste estudo foi elaborada uma revisão da literatura acerca de três das competências relacionais (Empatia, Respeito e Capacidade de Escuta), segundo os autores referidos no enquadramento teórico, no entanto o instrumento utilizado neste estudo não permitiu avaliar se os enfermeiros da amostra, valorizavam ou desenvolviam mais uma ou outra das referidas competências. Fica desde já a sugestão e o desejo de estudar esta temática num estudo posterior.

Estamos assim conscientes de que um trabalho desta natureza tem algumas limitações, contudo é nossa convicção que os resultados obtidos desta investigação contribuíram para a compreensão e estudo do desenvolvimento de competências no processo de relação de ajuda em enfermagem.

7.3 Recomendações

A realização deste trabalho foi um processo moroso, com alguns altos e baixos, dificuldades, preocupações, dúvidas, mas foi acima de tudo compensador, na medida em que foi um tempo de grande aprendizagem que serviu também para uma compreensão mais profunda e consciente de algumas temáticas da enfermagem. Contudo parece não ser viável chegar a esta fase do trabalho, sem deixar de tecer algumas recomendações consideradas pertinentes.

Nesta fase final do estudo consideramos o quanto é fundamental investir na formação contínua. Não é conveniente que os profissionais fiquem apenas com a sua formação inicial. Os conhecimentos até aí adquiridos tornam-se rapidamente obsoletos, porque são efémeros e como tal necessitam de verificação a todo o momento.

Neste sentido, torna-se fundamental um contínuo aperfeiçoamento profissional e cultural. O conhecimento evolui com tanta rapidez que o que hoje é uma verdade poderá não o ser amanhã. Também o contexto sócio laboral actual é caracterizado por uma série de transformações sociais e de acelerada evolução

dos meios tecnológicos, em que as competências profissionais não se adquirem para toda a vida na chamada formação inicial, exigindo deste modo actualização e desenvolvimento ao longo das trajetórias pessoais e profissionais de cada um.

Nesta linha de pensamento, no domínio deste estudo e face aos resultados obtidos, parece surgir a necessidade de formação contínua em algumas temáticas nomeadamente em relação de ajuda e competências relacionais, assim como a introdução destas temáticas de uma forma mais clara e evidente na formação inicial dos enfermeiros.

A implementação de programas de formação quer a nível da formação inicial como contínua, especificamente acerca da relação de ajuda e das competências que são necessárias para desenvolver a prática do cuidar em enfermagem, é considerada por nós motivo de reflexão para as coordenações das Escolas Superiores de Enfermagem, assim como das instituições de saúde prestadoras de cuidados ao cidadão. Se queremos prestar cuidados de enfermagem de qualidade é fundamental que as nossas intervenções sejam centradas na relação de ajuda e no cuidar. Esta implementação a nível da formação inicial, sobretudo sobre empatia e respeito, fortalece as capacidades dos alunos em diferenciar modos de escuta, de compreensão empática e de respeito, essenciais à relação de ajuda, no contexto do cuidar em enfermagem. Alguns estudos nesta temática revelam que as capacidades de empatia nos alunos são demasiado baixas para o desejado, o que indica que a educação em enfermagem não está a dar o devido relevo a este aspecto, ao não incluir este tema numa disciplina própria nos currículos escolares (Queirós, 1999).

Também as investigações realizadas neste campo são fundamentais, uma vez que o conjunto das diferentes visões sobre esta temática determina o desenvolvimento de metodologias inovadoras de cuidados direccionados para o cidadão.

Quanto à supervisão clínica os resultados obtidos deste estudo mostraram que alguns enfermeiros desenvolveram supervisão clínica sem no entanto terem tido formação específica para tal. Parece-nos também que o conceito de supervisão não é claro para os enfermeiros da amostra. Associam-na ao processo de avaliação, a um distanciamento entre supervisor e supervisionado, algo oposto ao

verdadeiro conceito de supervisão clínica que visa o desenvolvimento dos profissionais (assim como do Supervisor), das competências e a melhoria da qualidade das práticas de enfermagem por meio de processo de reflexão contínuos.

A aposta na supervisão clínica surge no contexto da discussão sobre a qualidade das práticas, reflexão sobre formação clínica e aprendizagem/desenvolvimento de competências.

Neste sentido este conceito emergente deve ser clarificado, estruturado e especificado de forma a se tornar formativo e reconhecido como uma ferramenta essencial a desenvolver nas instituições de saúde. Para tal parece-nos fundamental, que as coordenações das instituições estejam sensíveis a cursos de formação contínua, assim como sensibilizar os responsáveis das políticas de saúde locais para a necessidade de processos supervisivos e do potencial desta ferramenta. Desta forma é possível contrariar a perspectiva de que a supervisão das práticas acarreta mais custos às instituições e uma necessidade de dotação de recursos humanos.

A supervisão ainda é uma área a desenvolver e a explorar, que está dependente de uma simultaneidade de vontades de forma a se tornar viável a implementação do processo de supervisão clínica para as práticas de enfermagem. Nesta perspectiva consideramos que os resultados de um maior número de estudos nesta temática, vem contribuir para um melhor conhecimento e compreensão da supervisão, assim como reforçar o seu valor e pertinência como contributo fundamental para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados a prestar ao cidadão.

7.4 Proposta de um Modelo Conceptual de Supervisão das Competências Relacionais

Nesta fase do estudo considerámos que seria pertinente a apresentação de um Modelo Conceptual de Supervisão das Competências Relacionais que focasse a interacção relacional estabelecida entre enfermeiro prestador de cuidados e utente/doente, e a supervisão desta relação, pelo que sugerimos uma proposta de um modelo explicativo baseado na revisão da literatura, na

experiência profissional e nos dados obtidos, necessitando porém de testagem através de modelos de equações estruturais: *path analysis*. Esperamos também que este modelo possa ser estudado e desenvolvido em investigações posteriores.

Desta forma com o propósito de contribuir para a satisfação e bem-estar do utente/doente, e por consequência promover a melhoria da qualidade e a segurança dos cuidados de saúde, apresentamos de seguida a proposta do Modelo Conceptual de Supervisão das Competências Relacionais.

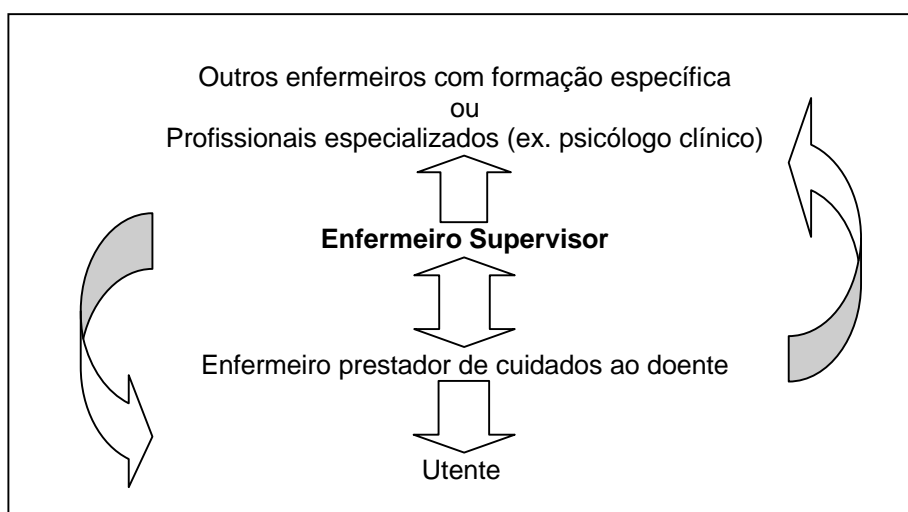
Neste sentido consideramos que durante a prestação de cuidados ao utente/doente a supervisão se desenvolve a dois níveis:

Ø Por um lado, o enfermeiro prestador de cuidados possui como uma das suas práticas clínicas supervisionar o utente/doente e o modo como este encara um problema e encontra em si próprio, os recursos necessários para fazer face a esse problema.

Não podemos esquecer que o utente/doente é um ser bio-psico-social e que os cuidados de enfermagem assentam numa filosofia holística. Esta filosofia holística possui raízes profundas que remontam à Antiguidade grega, em que o ser humano era visto como um todo. Já Hipócrates, nascido em 460 A.C. e considerado o pai da medicina, via a pessoa como um todo, na sua totalidade mais do que a doença ou o órgão doente tomados separadamente. Esta abordagem holística da pessoa tem em conta o seu corpo, o seu espírito e a sua capacidade de se unir aos outros e de transcender àquilo que é material para se elevar para valores superiores.

Na supervisão que o enfermeiro prestador de cuidados desenvolve com o utente/doente, para que a ajuda seja real e verdadeira, torna-se fundamental que este profissional desenvolva processos de reflexão, de forma a o ajudar na sua construção pessoal do conhecimento e a libertar-se de comportamentos impulsivos e rotineiros. Contudo não podemos esperar que os enfermeiros prestadores de cuidados desenvolvam a prática reflexiva se os seus supervisores também a não desenvolverem.

No entanto, se a ajuda prestada ao utente pelo enfermeiro não for suficiente e sempre que seja identificado algum sofrimento psicológico grave do doente, em que o enfermeiro prestador de cuidados e/ou enfermeiro supervisor considerem que o doente necessita de uma orientação psicoterapeuta, estes deverão encaminhar o utente para outros profissionais especializados, de forma a minimizar o seu sofrimento, conforme Decreto-Lei n.º 161/1996 de 4 de Setembro, Capítulo V, Artigo 12.º, ponto 7), ao referir que os enfermeiros devem “*Solicitar o apoio de outros técnicos, sempre que exigível por força das condições do utente*”, ou para enfermeiros com formação específica na área da relação de ajuda (Quadro 56).



Quadro 56 - Interação de formação e desenvolvimento

Desta forma, consideramos que o enfermeiro prestador de cuidados, assim como o enfermeiro supervisor deverão trabalhar numa estreita ligação com outros profissionais, de forma a constituir uma equipa multidisciplinar.

Ø Por outro lado, o Enfermeiro Supervisor deverá também supervisionar as competências pessoais e relacionais do enfermeiro. Esta supervisão tem como alvo final o desenvolvimento, bem-estar e recuperação do doente, mas também o desenvolvimento pessoal e profissional do profissional de saúde.

Neste caso, o Enfermeiro Supervisor não pode ser alheio da responsabilidade que possui, de consciencializar os enfermeiros prestadores de cuidados, acerca da influência dos cuidados que prestam aos utentes/doentes.

Tanto na supervisão que é desenvolvida entre o Enfermeiro Supervisor e os enfermeiros prestadores de cuidados, como entre estes e os utentes, a reflexão assume sempre um lugar de destaque, dado a importância que tem a análise de cada momento vivenciado, cada situação, contribuindo assim para o desenvolvimento das dimensões pessoais e profissionais do indivíduo, quer no contexto da saúde, como familiar ou social.

Contudo, por vezes cada situação no início surge como um caso único e por vezes problemático. Alarcão (1996) refere que ocasionalmente a realidade, pelo seu carácter de novidade, apresenta-se no início sob a forma de caos “*mess*”, em que a melhor atitude a tomar no início é a tomada de consciencialização da natureza do problema, por parte dos profissionais de saúde, e compreensão do mesmo. Para tal é necessário por vezes desconstruir o problema encontrado, ver o problema de outros prismas, com outros olhos, ter uma visão caleidoscópica, desprezar aspectos que aparentemente são relevantes e valorizar outros que à primeira vista pareciam muito insignificantes, para finalmente construir o problema existente. Todo este processo implica uma ginástica mental e uma grande flexibilidade cognitiva.

Só então depois podemos aplicar os nossos conhecimentos científicos e técnicos, com conhecimento e respeito por cada situação, cada caso, cada doente, cada ser único e singular com as suas próprias crenças, valores, religião ou ideais políticos, e pesquisar então a melhor solução para o problema.

Esta supervisão das competências relacionais dos enfermeiros prestadores de cuidados, não necessita forçosamente da presença física do Enfermeiro Supervisor, aquando de uma relação de ajuda formal ou informal com os doentes. Mas, se casualmente for desenvolvida em presença física do Enfermeiro Supervisor, poderá trazer alguns benefícios, dado que os enfermeiros prestadores de cuidados desejam ser perfeitos nas suas intervenções (Lazure, 1994).

Se eventualmente não existir a presença física do Enfermeiro Supervisor durante a prestação de cuidados ao utente/doente, a supervisão deverá ser baseado na realização de portfolio reflexivo.

A construção de um portfolio reflexivo é um processo de reflexão continuada e crítica sobre a própria formação. Esta estratégia apresenta-se sob a forma de um registo escrito, de natureza narrativa, descritiva e/ou metanarrativo. Constitui um forte agente de estruturação do pensamento e de aprendizagem, assim como um valioso exercício meta-reflexivo de auto-análise e de autoconsciencialização dos percursos de formação, que obviamente se traduz num forte impacto no nosso processo formativo, (Sá – Chaves, 2000a).

Ocorre de uma forma livre e sistemática, sem receios de uma avaliação imediata, ou de qualquer tipo de filosofia punitiva e advém da filosofia dos *dialogue journals*. Aceitando para si mesmo a hipótese e a possibilidade de errar e de tomar consciência de erro, corrigindo-o em tempo útil, relativamente ao tempo formal que se dispõe. Permite-nos compreender o que ainda não havia sido compreendido, corrigir o que estava menos bem, aprofundar o que de algum modo já se sabia (mas que se apresentava de uma forma tacita ou intuitiva) e antever possibilidades e trajectórias difíceis de antecipar.

Também a realização de reuniões, programadas ou não, entre o Enfermeiro Supervisor e os enfermeiros prestadores de cuidados, permitirá ao Supervisor o devido acompanhamento do desenvolvimento pessoal e profissional dos seus supervisados.

A finalidade da avaliação por parte do Enfermeiro Supervisor, não é a de saber se são bons ou maus enfermeiros, mas sim de os tornar cada vez mais capazes de desenvolver a relação de ajuda. Estas situações tidas como de aprendizagem, têm também como objectivo de que os erros (relativamente à componente relacional na prestação dos cuidados de enfermagem), quando reconhecidos pelos enfermeiros prestadores de cuidados, sejam considerados como grandes mestres.

Claro que o Supervisor deverá promover o desenvolvimento dos seus supervisados, de modo a que a progressão seja o mais semelhante possível. Ou seja, deverá contribuir para que na mesma equipa de trabalho não surjam

elementos com níveis de competência relacional muito baixos, relativamente a outros. Esta discrepância poderá conduzir a uma equipa pouco homogénea, que por sua vez poderá levar à desmotivação destes profissionais. No entanto convém ressaltar, que cada enfermeiro é único, e é fundamental que cada um encontre o seu estilo pessoal de ajuda, respeitando as dimensões da relação de ajuda mas integrando-as na sua própria personalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2002). Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Sinais Vitais*. 45:5, pp. 3-57.
- Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Sinais Vitais (cadernos Sinais Vitais).
- Abreu, C. (2004). Relação de ajuda. *Sinais Vitais*. Março, 53, pp. 29-33.
- Alarcão, I. (1995). *Supervisão de professores e inovação pedagógica*. Aveiro: Edições CIDInE.
- Alarcão, I. (1996). *Formação Reflexiva de Professores. Estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I. (1996a). *Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os programas de formação de professores*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Alarcão, I. & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica – Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. 2ª Edição. Coimbra: Almedina.
- Albarelo, L. et al. (1997). *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- André, C. & Cunha, M. C. (2001). Empatia como fio condutor do cuidar em Enfermagem. *Servir*. Lisboa. Vol.49, Nº 3 (Mai. - Jun.), pp.129-135.
- Anjos, L. M. (1998). Cuidar e amar. *Servir*. Lisboa. Vol. 41 (4), pp. 171-180.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa. Edições 70.
- Beirão, M. H. ; Simão, M. J. (2000). Relação de ajuda: Essência dos Cuidados de Enfermagem. *Servir*. Lisboa. Vol.48, Nº 2, pp.97-99.
- Belo, A. P.R. (2003). *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: Perspectiva do Aluno*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado em Supervisão.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. et al. (1996). *Expertise in Nursing Practice - Caring, Clinical Judgment, and Ethics*. New York: Springer Publishing Company.

- Boykin, A. (2001). *Invista em Si Próprio: Será que há mesmo tempo para cuidar?* *Servir*. Lisboa. Vol.49, Nº 4 (Jul. – Ags.), pp.196-199.
- Bryman, A. e Cramer, D. (1993). *Análise de Dados em Ciências Sociais, Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras: Celta Editora.
- Carmo, H. e Ferreira, M.M. (1998). *Metodologia da investigação*. Universidade Aberta.
- Carraro, T. E. (2001). *Enfermagem e Assistência*. 2ª Edição. Goiânia (Brasil): Editora AB.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers :Une perspective holistique-humaniste*. Canadá :Ed. Gäetan Morin.
- Chalifour, J. (1993). *Enseigner la relation d'aide*. Boucherville. Canadá :Ed. Gäetan Morin.
- Coelho, M. & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia Saúde & Doenças*. Vol. 1, nº 1, pp. 79-88.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a Vida*. Lisboa : Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Correia, E. (2002). *Avaliação das aprendizagens - o novo rosto*. Textos Pedagógicos, CIFOP (Aveiro): Universidade de Aveiro.
- Costa et al. (2003). Escute-me Sr.^a Enfermeira. *Enfermagem em Foco*. Ano XII, Nº 50 (Jan. – Abril), pp.26-27.
- Cutcliffe, J. R. et al. (2001). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge.
- Documento WWW – Resumo [URL http://www.ccr-norte.pt/regnorte/mono01.pdf](http://www.ccr-norte.pt/regnorte/mono01.pdf)
- Eco, Umberto (1998). *Como se Faz uma Tese em Ciências Humanas*. Lisboa: Editorial Presença.
- Festa, C. (1999). Cuidar no 3º Milénio. *Servir*.Lisboa.Vol.47,Nº 2 (Mar. - Abr.), pp.60-65.
- Ferreira, M. M. C. (2004). Formar Melhor Para Um Melhor Cuidar. *Millenium - Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*. Viseu. Nº 30, Ano 8 (Outubro), pp.123-137.

- Frade, M.J.V. (1999). *Relação de ajuda em enfermagem - perspectivas sobre praticas e a formação*. Porto: Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado.
- Francisco, C.; Pereira, A.M.S. & Pereira, G. (2004). Fontes de stress do estudante estagiário: Contributos da supervisão para o bem-estar do aluno. In Ribeiro, J. & Leal, I. (ed.) (2004). *Actas do 5 Congresso de Psicologia da Saúde*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, ISPA edições, pp. 111-117.
- Francisco, C.F. & Pereira, A.M.S. (2004). Supervisão e sucesso do desempenho do aluno no estágio. *Revista Digital*, ANO 10, n.º 69, (Fevereiro), Buenos Aires (www.efdeportes.com).
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.
- Gameiro, M. (1998). O Sofrimento Humano como Foco de Intervenção de Enfermagem. *Referência*. 0:5-11.
- Gameiro, M. (1999). *Sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gandara, M. M. S. (1998). O poder na relação enfermeiro/utente. *Servir*. Lisboa. Vol.46, Nº 4 (Jul. - Ags.), pp.162-170.
- Garrido, A. F. S. (2005). *A supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros*. Universidade Aveiro. Dissertação de Mestrado em Supervisão
- Garrido, A. F. S. (2005a). A Supervisão Clínica em Enfermagem e as Condicionantes Organizacionais. *Sinais Vitais*. Nº 61 (Julho), pp. 11-13.
- Gil, A. C. (1995). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 4ª Ed. S. Paulo: Editoras Atlas.
- Grande, N. (1998). O Enfermeiro como Pessoa – Condições e Limites do Saber em Enfermagem. *Servir*. Lisboa. Vol.46, Nº 6, pp.314-315.
- Henriques, M. et al. (1995). O Enfermeiro e a Morte. *Servir*. Lisboa. Vol.43, Nº 1, pp.9 -17.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- Hill, M. M. e Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Kérouac, S. et al. (2005). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidata.

- Luís, H. (2000). Um estar....Um cuidar? *Servir*. Vol 48. Nº 5 (Set. -Out.), pp. 227-230.
- Munari, D. B. & Furegato, A. R. F. (2003). *Enfermagem e Grupos*. 2ª Edição. Goiânia (Brasil): Editora AB.
- Nagano, H. (2000). Empathic understanding:Constructing na evaluation scale from the microcounseling approach. *Nursing and Health Sciences*, Nº 2, pp.17-27.
- Nery, I. (2004). Os Donos dos Hospitais. *Visão*. Nº 603.Paço de Arcos.pp.92-102.
- Nicklin, P. (1997). A Practice-Centred Model of Clinical Supervision. *Nursing Times* 93 (46): 52-4.
- Nunes, M. A. *et al.* (1997). O Respeito Caloroso na Relação de Ajuda em Enfermagem. *Servir*. Lisboa. Vol. 45. Nº 4 (Jul. - Ags.), pp.173-175.
- Oliveira, M. L. (1999). O Contexto Supervisivo na Formação de Professores. In *Actas do I Congresso Nacional de Supervisão. Supervisão na Formação contributos inovadores*. Aveiro: Universidade de Aveiro (Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa), pp. 170-176.
- Oliveira *et al.* (1995). O Escutar na Relação de Ajuda. *Enfermagem em foco*. Lisboa. Ano V, (Ags. - Out.), Nº 20, pp. 29-31.
- Ooijen, E. V. (2000). *Clinical Supervision*.UK:Churchill Livingstone.
- Pereira, A.M.S., Williams D.I. & Irving, J.A. (1996). Bounded Counfidentiality. In *European Meeting on Psychology and Ethics*, ISPA, pp. 11-14.
- Pereira, A.M.S & Santiago, R. (1999). Construção dos Currículos no Ensino Superior. A propósito das expectativas e representações dos actores. In R. Marques e M. Roldão (eds.), *Reorganização e Gestão Curricular no Ensino Básico (Reflexão Participada)*. Porto: Porto Editora, pp. 47-62.
- Pereira, A.M.S. & Castelo-Branco, M.C. (2001). Os portfolios no desenvolvimento pessoal e profissional dos docentes. In A. Simões (Eds, NAPFA), *Modelos e Práticas em Educação de Adultos, Actas II Jornadas*. Coimbra, pp.217-224.
- Pestana, H. (1999). Um olhar... sobre o toque nos cuidados de enfermagem. *Servir*. Lisboa. Vol. 47. Nº6 (Nov. – Dez.), pp.296-300.
- Phaneuf, M. (1995). *Relação de Ajuda – Elemento de Competência da Enfermeira*. Coimbra. Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Medico – Cirúrgica.

- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de Cuidados. Um Sistema Integrado e Personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Portugal, G. (1992). *Ecologia e Desenvolvimento Humano em Bronfenbrenner*. Universidade de Aveiro: CIDInE.
- Portugal, Ministério da Saúde – Decreto-Lei n.º 161/1996, Diário da República, Lisboa, I Série de 4 de Setembro de 1996.
- Portugal, Ministério da Saúde – Decreto-Lei n.º 60/2003, Diário da República, Lisboa, I Série de 1 de Abril de 2003.
- Queirós, A. A. (1999). *Empatia e Respeito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Queirós, A. A. (2004). *A interacção da equipa multidisciplinar de saúde na Relação de Ajuda – a relação entre a humanização e gestão de cuidados*. Mesa redonda sobre Relação de Ajuda. Ponte de Lima. Universidade Fernando Pessoa.
- Queirós, A. A. (2005). Os Afectos no Cuidar. In: Diogo, C. J. (Coord.). *Crescer com os Afectos*. Coimbra. Ariadne Editora.
- Quinn, J. F., Smith, M., Ritenbaugh, C., Swanson, K., & Watson, M. J. (2003). Research guidelines for assessing the impact of the healing relationship in clinical nursing. *Alternative Therapies*. 9(3), 65-79.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. 3ª ed. Lisboa: Gradiva.
- Rafael, M.G. (2004). A Relação de Ajuda e a Acção Social: Uma Abordagem Rogeriana. .[Documentowww]URL<http://www.batina.com/graca/rasocial.htm>
- Ribeiro, L. F. (1995). *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Educa.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). A importância da família como suporte social na saúde. In: L. Almeida, & I. Ribeiro (org.). *Família e Desenvolvimento*. Portalegre: APPORT.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Manuais Universitários 12. Lisboa: CLIMEPSI Editores.

- Ribeiro, J. L. P. (2004). Escala de Satisfação Social com o Suporte Social.[Documentowww]URL<http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/soCialf.htm>
- Rispail, D. (2002). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar - Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lusociência.
- Rodrigues, E. (2003). O outro na perspectiva do cuidar. *Boletim do Hospital de S. Marcos - Braga*. Ano XIX, Nº 2, pp.95 -101.
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes Editores.
- Roldão, M. C. (2003). *Gestão do Currículo e Avaliação de Competências*. Lisboa: Editorial Presença.
- Ruas, P. & Pereira, A.M.S. (2003). Prática Pedagógica – Quem és tu? Contributos reflexivos para formação inicial.In *Ludens*, Vol.17, n.º 2, Abr.-Jun.2003, pp. 11-16.
- Sá – Chaves, I. (1994). *A Construção de Conhecimento pela Análise Reflexiva da Praxis*. Universidade de Aveiro. Tese de Doutoramento.
- Sá – Chaves, I. (2000). *Formação, conhecimento e supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Sá – Chaves, I. (2000a). *Portfolios Reflexivos. Estratégia de Formação e Supervisão*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Sá – Chaves, I. (2003). *Comunicação em aula: Notas de campo das aulas da disciplina de Supervisão no Mestrado em Supervisão 2003/2004*. Aveiro: Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro.
- Santos, J. M. O. (2002). *A relação de ajuda: pinceladas daqui...e dali?* Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Santos, F; Jesus, C. (2003). Relação de ajuda. *Sinais Vitais*. Nº 46, Janeiro, pp. 21-24.
- Santos et al. (2003a). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação como Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia Saúde & Doenças*. Vol. 4, nº 2 , pp.185-204.
- Schon, D. (1983). *The reflective practitioner*. New York: Basic Book.

- Silva, D. M. (2004). *Dimensões Psicopedagógicas da Formação dos Enfermeiros*. Universidade de Aveiro. Tese de Doutoramento.
- Silva, D. M. & Silva, E. M. V. B. (2004a). O Ensino Clínico na Formação em Enfermagem. *Millenium - Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*. Viseu. Nº 30, Ano 8 (Outubro), pp.103-118.
- Simões H. R. (1995). *Dimensões Pessoal e Profissional na Formação de Professores*. Aveiro: CIDInE.
- Sloan, G. (1999). Understanding clinical supervision from a nursing perspective. *British Journal of Nursing*. 8(8), pp. 524-529.
- Sobreira et al. (2004). Desenvolvimento Pessoal do Enfermeiro: Contextos da Prática e da Formação. *Sinais Vitais*. Nº 56, pp.14 -18.
- Streubert, H. J. e Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2º Edição. Loures: Lusociência.
- Tavares, J. (Ed.) (1993). *Dimensão Pessoal e Interpessoal na Formação*. Aveiro: CIDInE.
- Teixeira, I. M. S. (2002). A Importância da Relação de Ajuda no Acolhimento e Integração do Utente na Unidade Hospitalar. *Informar*. Ano VIII, Nº28, Maio - Agosto, pp.39-41.
- Tojal et al. (2005). Suporte Social, uma Variável a Ter em Conta. *Sinais Vitais*. Nº 60, Maio, pp.20-23.
- Valadas, M. A. B. (2005). Reflexão sobre a Prática do Cuidar em Enfermagem. *Sinais Vitais*. Nº 59, Março, pp.62 -64.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Williams, D. I. & Pereira, A. M.S. (1999). Um modelo de Supervisão em Aconselhamento Psicológico, In *Actas do I Congresso Nacional de Supervisão. Supervisão na Formação contributos inovadores*. Aveiro: Universidade de Aveiro. pp. 252-255.

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de colheita de dados

QUESTIONÁRIO

Caro(a) colega:

Sou Enfermeira Graduada, exerço funções no Centro de Saúde de Aveiro e encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Supervisão da Universidade de Aveiro.

Dado que sempre me interessei e preocupei com o tipo de relação que se estabelece com os utentes durante a prestação de cuidados e com a pertinência da supervisão clínica desse processo, pretendo desenvolver um estudo subordinado ao tema “*Supervisão do desenvolvimento de competências no processo de Relação de Ajuda em Enfermagem*”.

Este questionário é anónimo e confidencial e o seu contributo é fundamental para esta investigação.

Não existem respostas certas ou erradas, interessando-nos apenas a sua opinião sincera.

Desde já muito obrigada pela sua colaboração e pelo tempo que lhe dedicou.

Maria José da Cunha Ferreira

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL

1. Sexo: M ☐ F ☐

2. Idade: _____ anos

3. Estado Civil:

3.1 Solteiro ☐

3.3 Viúvo ☐

3.2 Casado; União de facto ☐

3.4 Divorciado; Separado ☐

4. Formação académica:

4.1 Bacharelato ☐

4.3 Curso de Administração dos Serviços de Enfermagem ☐

4.2 Curso de Especialização em Enfermagem ☐

4.4 Outras licenciaturas ☐

5. Categoria profissional:

5.1 Enfermeiro ☐

5.4 Enfermeiro Chefe ☐

5.2 Enfermeiro Graduated ☐

5.5 Enfermeiro Supervisor ☐

5.3 Enfermeiro Especialista ☐

6. Nível de prestação de cuidados:

7.1 Cuidados de Saúde Primários ☐

7.2 Cuidados de Saúde Diferenciados

(Hospitais Distritais, Centrais, Psiquiátrico, IPO, etc.) ☐

7. Tempo de serviço na instituição: _____ anos

8. Tempo de exercício profissional: _____ anos

PARTE II - SUPERVISÃO CLÍNICA

1. Já teve formação em Relação de Ajuda? S ☐ N ☐ Se sim foi:

1.1 No curso de formação inicial ☐

1.3 Formação Inicial e contínua ☐

1.2 Formação contínua ☐

1.4 Quando foi a ultima formação? _____

2. Já teve formação específica em supervisão? S ☐ N ☐

3. Tem alguma experiência como supervisor? S ☐ N ☐

4. Sabendo que supervisão clínica é um processo em que o enfermeiro orienta outra pessoa (doente ou colega), com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional, pense no exercício das suas práticas e responda às afirmações que se seguem, colocando uma cruz numa das alternativas abaixo descritas que considera melhor expressar a sua opinião.

DT-DiscordoTotalmente; **D**-Discordo; **?**-Sem opinião; **C**-Concordo; **CT**-Concordo Totalmente

4.1 Considero fundamental a existência de um Enf. supervisor capaz de supervisionar o meu relacionamento com o doente.

☐DT ☐D ☐? ☐C ☐CT

4.2 Considero que este supervisor deverá ter formação específica na área da supervisão clínica.

☐DT ☐D ☐? ☐C ☐CT

4.3 Eu vejo o Enf. supervisor como um amigo.

☐DT ☐D ☐? ☐C ☐CT

4.4 Eu vejo o Enf. Supervisor como facilitador do desenvolvimento das minhas competências relacionais.

☐DT ☐D ☐? ☐C ☐CT

4.5 Tenho alguma dificuldade em orientar o doente com vista ao seu crescimento e autonomia por me ser uma área difícil de desenvolver.

☐DT ☐D ☐? ☐C ☐CT

4.6 Penso que o supervisor pode contribuir para o meu desenvolvimento pessoal.

☐DT ☐D ☐? ☐C ☐CT

4.7 Gostava que o Enf. supervisor me fizesse reflectir sobre as minhas práticas.

☐DT ☐D ☐? ☐C ☐CT

4.8 Quando estou a conversar com um doente para saber o que o preocupa, de forma a o poder ajudar, não me sentiria confortável com a presença de um Enf. Supervisor.

☐DT ☐D ☐? ☐C ☐CT

4.9 Considero que para proceder a uma supervisão clínica basta ser Enfermeiro Especialista ou Chefe.

☐DT ☐D ☐? ☐C ☐CT

4.10 A avaliação que o Enf. supervisor faz do desenvolvimento das minhas competências relacionais é justa.

☐DT ☐D ☐? ☐C ☐CT

4.11 Não gosto da forma como sou orientado pelo meu supervisor.

☐DT ☐D ☐? ☐C ☐CT

4.12 Na minha prática deveria poder escolher o Enf. Supervisor.

☐DT ☐D ☐? ☐C ☐CT

4.13 Identifique algumas características que considera que deve ter o Enf. Supervisor face às competências relacionais:

PARTE III – RELAÇÃO DE AJUDA EM ENFERMAGEM

Empatic Understanding Scale de Hiroko Nagano

Adaptado para a população portuguesa por Cunha & Pereira, 2004

Por favor não se esqueça de marcar todas as 20 questões, devendo, para o efeito em cada escala horizontal fazer um pequeno traço vertical no ponto em que considera que avalia o seu comportamento no contacto directo com o doente/utente.

Avalie cada item na sua ordem, sem olhar para o ponto anterior e sua avaliação.

1. O enfermeiro no contacto directo com o utente sumariza as emoções ou sentimentos do utente usando a expressão: “Parece que os seus sentimentos são ...”. 1 10
2. O enfermeiro repete os pontos importantes por palavras suas e confirma-os com o utente. 1 10
3. O enfermeiro procura ter um conhecimento profundo dos sentimentos do utente dizendo: “Gostaria de falar mais um pouco sobre...”. 1 10
4. O enfermeiro olha para o utente de uma forma acolhedora (olhar, expressão facial). 1 10
5. O enfermeiro pergunta: “Gostaria de falar sobre alguma coisa?”, de forma a deixar que o utente saiba que o enfermeiro está interessado. 1 10
6. O tom de voz do enfermeiro e a velocidade do seu discurso é calmo e relaxado? 1 10
7. O enfermeiro ajuda o utente, de forma a facilitar o seu discurso: “Existe alguma coisa que o preocupe e gostasse de conversar sobre isso?”. 1 10
8. O enfermeiro dá feedback, recapitulando os sentimentos do utente por palavras suas (as do enfermeiro) dizendo: “ Parece-me que os seus sentimentos são estes e estes ...”. 1 10
9. O enfermeiro identifica os sentimentos do utente dizendo:
“ Eu penso que os seus sentimentos são estes e estes”. 1 10
10. O enfermeiro pergunta: “ Como se sente em relação a isto?”, de forma a levar o utente a falar livremente. 1 10
11. O enfermeiro faz perguntas do tipo sim ou não: “Gosta de desporto?”. 1 10
12. De forma que o enfermeiro compreenda melhor a percepção do utente perante o problema pergunta:
“O que pensa em relação a ...”. 1 10
13. O enfermeiro reformula nas suas próprias palavras o significado do que o utente disse e pede a sua confirmação. 1 10

14. O enfermeiro encontra-se virado para o utente e mostra interesse nele.

15. De forma a comunicar o seu desejo de perceber o utente, o enfermeiro perguntará: “Poderia explicar com mais detalhe... O que sente em relação a isso?”.

16. O enfermeiro faz algumas perguntas acerca do que o utente disse, de forma a compreender melhor os sentimentos do utente e o significado do que ele disse.

17. A expressão do enfermeiro não é de nervosismo mas sim relaxada.

18. O enfermeiro recapitula os sentimentos do utente com palavras do utente: “

Então os seus sentimentos são estes e estes...”.

19. O enfermeiro pergunta: “Como se sente em relação a isto?”, de forma a compreender melhor como é que o utente vê o problema.

20. No geral, a postura do enfermeiro é calma.

1 10

1 10

1 10

1 10

1 10

1 10

1 10

PARTE IV – SATISFAÇÃO SOCIAL GLOBAL

1. Em geral, como diria que a sua saúde é:

Fraca

Razoável

Boa

Muito Boa

Ótima

1

2

3

4

5

2. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada

Pouco

Moderadamente

Bastante

Imenso

1

2

3

4

5

3. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento profissional normal?

Absolutamente nada

Pouco

Moderadamente

Bastante

Imenso

1

2

3

4

5

SATISFAÇÃO SOCIAL (ESS); Pais – Ribeiro, J.L., (1999)

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco números. Marque uma cruz no número que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá sinalizar o número cinco, se acha que não pensa isso deverá marcar o número 1. Cada um dos algarismos significa o seguinte:

1. Discordo Totalmente; 2. Discordo na maior parte; 3. Não Concordo nem Discordo;
4. Concordo na maior parte; 5. Concordo Totalmente

1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

2. Não saio com os amigos tantas vezes quantas eu gostaria.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

3. Os amigos não me procuram tantas vezes quanto eu gostaria. ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
4. Quando preciso desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer. ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas. ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
7. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam. ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
8. Gostava de participar em actividades de organizações (clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.). ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família. ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família. ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família. ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho. ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos. ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
14. Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos. ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho. ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO II – *Empatic Understanding Scale*, de Hiroko Nagano

APPENDIX 1 EMPATHIC UNDERSTANDING SCALE

Client's Name _____

Counselor's Name _____

For the following 20 questions, please mark each scale with a short vertical line on the horizontal line at the point that you think accurately evaluates the counselor's behavior. (Please mark all 20 items, do not leave any unmarked.) Please evaluate each item in order and do not look at the previous statement and evaluation. If the counselor asked the question used as the example in each statement, that is good.

1. The counselor summarizes the client's emotions or feelings by saying "it seems that you are feeling this . . ." 0 _____ 10
2. The counselor restates the important points in his or her own words and confirms them with the client. 0 _____ 10
3. The counselor asks for a deeper understanding of the client's feelings . . . saying, "would you talk a little more about . . ." 0 _____ 10
4. The counselor looks at the client with a warm expression (eyes, facial expression). 0 _____ 10
5. The counselor asks "would you like to talk about anything?" in order for the counselor to let the client know that the counselor is interested. 0 _____ 10
6. The counselor's voice and rate of speaking are calm, slow and relaxed. 0 _____ 10
7. The counselor helps the client so that it is easier for the client to talk. "Is there anything you're troubled about and would like to talk about?" 0 _____ 10
8. The counselor gives feedback regarding the client's feelings in the counselor's words, saying, "it seems like you are feeling this and this . . ." 0 _____ 10
9. The counselor points out the client's feelings by saying "I think you are feeling this and this." 0 _____ 10
10. The counselor asks, "How did you feel about that?" so that the client can talk freely. 0 _____ 10
11. The counselor asks the client yes and no questions. Do you like sports?" 0 _____ 10
12. In order for the counselor to know how the client perceives the problem, the counselor will ask, "what do you think about . . ." 0 _____ 10
13. The counselor will state in his own words the meaning of what the client has said and asks for confirmation. 0 _____ 10
14. The counselor faces the client and shows interest in the client. 0 _____ 10
15. In order to communicate his desire to know and understand the client, the counselor will ask, "Could you explain in more detail about . . . What do you feel about that?" 0 _____ 10
16. The counselor asks some questions about what the client has said to clearly understand the client's feelings and the meaning of what he said. 0 _____ 10
17. The counselor's expression is not nervous but relaxed. 0 _____ 10
18. The counselor feeds back the client's feelings in the client's words, "so you are feeling this and this . . ." 0 _____ 10
19. The counselor will ask "How do you feel about this?" to gain understanding of how the client views the problem. 0 _____ 10
20. Overall, the counselor's posture is relaxed. 0 _____ 10

ANEXO III – Carta de autorização do autor da Escala Hiroko Nagano, para sua adaptação e utilização à população portuguesa

January 19, 2005/01/19

Dear Mr. Maria Jose' Ferreira

Thank you for showing interest in the article I wrote describing the Empathic understanding Scale. Presently I am working to develop a Self-evaluation Empathic Understanding Scale.

Please use the research I have done to develop an Empathic understanding Scale that would be effective for evaluating the degree of empathy Portuguese nurses show toward their patients. If I can be of further help to you, please contact me again.

Sincerely
Hiroko Nagano

Hiroko Nagano

ANEXO IV – Versão experimental da consistência interna da escala de ESU

Items	\bar{x} se eliminado o item	Variância se eliminado o item	Correlação item total	a se eliminado o item
ESU1	33,7487	33,4580	,6565	,7235
ESU2	32,6203	35,5701	,5216	,7417
ESU3	33,2086	36,1659	,5529	,7398
ESU4	33,1818	33,6764	,6657	,7232
ESU5	34,3262	39,9844	,2917	,7661
ESU6	33,2513	33,1139	,7278	,7156
ESU7	32,9947	34,4785	,6431	,7276
ESU8	33,8235	40,7052	,1072	,7910
ESU9	33,0695	39,1080	,2316	,7759
ESU10	33,5615	38,8497	,3976	,7570
ESU11	33,4118	41,3188	,1648	,7763
ESU12	32,9786	43,2684	-,0383	,7971
12 itens; $\alpha = .75$				

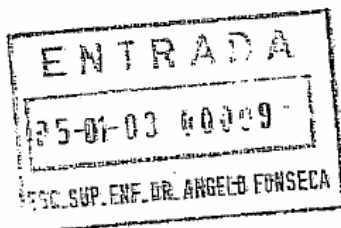
ANEXO V – Grelha do método de reflexão falada

GRELHA DO MÉTODO DE REFLEXÃO FALADA

Comportamentos verbais		Sim	Não	Qual a Pergunta
Apresentam dúvidas quanto à compreensão das perguntas?				
Fazem observações espontâneas?				
Acham o tema interessante?				
Sugerem a eliminação de itens?				
Observações:				
Comportamentos não verbais		Sim	Não	Qual a Pergunta
Desenham uma expressão facial	De tédio?			
	Normal?			
Preenchem o questionário de uma forma	Desinteressada/ Indiferente?			
	Agradável?			
	Rápida para despachar?			
Observações:				
Tempo total para o preenchimento do questionário:				

ANEXO VI – Carta de autorização das instituições para a recolha de dados

Maria José da Cunha Ferreira
Rua de Ílhavo, nº 207
Verdemilho-3810 Aveiro
miosef@iol.pt



Ho Sr. Prof. Coordenador do CCE,
Para dar parecer sobre o aqui soli-
citado.

14/1/05

Antebrigado

A interessada deverá contactar o
Sr. Prof. Manuel Janeiro para a
concretização do solicitado.

14/1/05

Exmo. Sr. Director
da Escola Superior de Enfermagem
Dr. Ângelo da Fonseca

Maria José da Cunha Ferreira, Enfermeira Graduada a exercer funções no Centro de Saúde de Aveiro, pretende desenvolver um trabalho de investigação no âmbito do Mestrado em Supervisão da Universidade de Aveiro, subordinado ao tema "Supervisão do Desenvolvimento de Competências no Processo de Relação de Ajuda em Enfermagem", vem deste modo solicitar a autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados (que se encontra em anexo), aos alunos que se encontram a frequentar o curso de complemento de formação em enfermagem.

Desde já agradeço a atenção dispensada.

Pede deferimento

Dr. V. C. Ferreira

Maria José da Cunha Ferreira

*Com a colheita do
Dr. V. C. Ferreira
24/1/05*

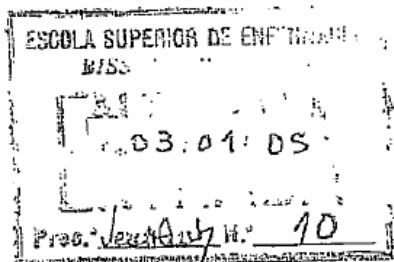
Aveiro, 29 de Dezembro de 2004

*Foi enviada cópia
do ofício original
do inquérito ao Sr.
Prof. Janeiro.
12/01/05
S. J.*



Maria José da Cunha Ferreira
Rua de Ílhavo, nº 207
Verdemilho-3810 Aveiro
mjosef@iol.pt

Assinatura
Anexamento ao
Coordenador do Curso
[Assinatura]
4/01/05



Exmo. Sr. Director
da Escola Superior de Enfermagem
Bissaya Barreto

Maria José da Cunha Ferreira, Enfermeira Graduada a exercer funções no Centro de Saúde de Aveiro, pretende desenvolver um trabalho de investigação no âmbito do Mestrado em Supervisão da Universidade de Aveiro, subordinado ao tema "Supervisão do Desenvolvimento de Competências no Processo de Relação de Ajuda em Enfermagem", vem deste modo solicitar a autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados (que se encontra em anexo), aos alunos que se encontram a frequentar o curso de complemento de formação em enfermagem.

Desde já agradeço a atenção dispensada.

Pede deferimento

[Assinatura de Maria José da Cunha Ferreira]

Maria José da Cunha Ferreira

Aveiro, 29 de Dezembro de 2004

ANEXO VII – Grelha de categorias de respostas à questão 4.13 (II Parte) do instrumento de colheita de dados – Estudo 2

CATEGORIA	SUB - CATEGORIA	FREQ. U. E.	UNIDADES DE REGISTO
Competências Relacionais	Empatia	22	<ul style="list-style-type: none"> -Empatia E1 -Capacidade de estabelecer uma relação empática E2 -Empatia E10 -Empatia E18 -Empatia E21 -Empatia E27 -Empatia E32 -Empatia E34 -Empatia E35 -Empático E37 -Empatia E53 -Empatia E69 -Empatia E73 -Empático E89 -Empatia E90 -Empático E93 -Empatia E102 -Empatia E117 -Empático E127 -Facilitador da relação de empatia E144 -Empatia E147 -Empatia E164
	Respeito	4	<ul style="list-style-type: none"> -Respeito E32 -Respeito, congruência E117 -Respeito pelos enfermeiros E126 -Não realizar juízos de valor E70
	Capacidade de Escuta	9	<ul style="list-style-type: none"> -Saber ouvir E26 -Saber ouvir E30 -Saber escutar E44 -Escuta activa E50 -Saber ouvir E61 -Saber ouvir E101 -Saber ouvir E123 -Saber ouvir E132 -Saber ouvir E161

CATEGORIA	SUB - CATEGORIA	FREQ.U. E.	UNIDADES DE REGISTO
Atributos que os Enfermeiros Desejam Ver no Supervisor	Justiça	21	<ul style="list-style-type: none"> -Ser justo E5 -Justo E9 -Justo E15 -Justo E17 -Justo E28 -Justo E31 -Justo E32 -Justo E37 -Justo E42 -Justo E45 -Justo E47 -Sentido de justiça E114 -Sentido de justiça E115 -Justo E126 -Justo E130 -Justo E146 -Justo E156 -Justo E157 -Sentido de justiça E158 -Justo E169 -Justo E173
	Imparcialidade	22	<ul style="list-style-type: none"> -Ser imparcial E5 -Imparcial E7 -Imparcial E13 -Imparcial E14 -Imparcial E17 -Imparcial E24 -Imparcialidade E26 -Isento E29 -Imparcial E42 -Imparcialidade E50 -Imparcialidade E58 -Isenção E69 -Imparcial E97 -Equidade E143 -Imparcial E146 -Imparcial E156 -Imparcial E157 -Imparcial E158 -Imparcial E169 -Imparcial E170 -Ser imparcial E171 -Imparcial E176

CATEGORIA	SUB - CATEGORIA	FREQ. U. E.	UNIDADES DE REGISTO
Atributos que os Enfermeiros Desejam Ver no Supervisor	Coerência	5	-Coerente E15 -Coerente E28 -Coerente E29 -Coerente E60 -Coerente E146
	Amizade	7	-Amigo E9 -Amigo E24 -Amigo E115 -Amigo E130 -Ser um amigo E136 -Ser um amigo E144 -Amigo E169
	Honestidade	9	-Sincero E31 -Correcto E17 -Honesto E13 -Honestidade E69 -Rectidão E69 -Verdadeiro E70 -Honestidade E143 -Ser honesto E148 -Honesto E169
	Humanidade	8	-Humano E47 -Humano E70 -Humano E72 -Humano E89 -Humano E127 -Humanismo E149 -Humano E168 -Ser humano E169
	Disponibilidade	7	-Disponibilidade E10 -Disponível E16 -Disponibilidade E35 -Disponível E39 -Disponível E70 -Disponibilidade E105 -Disponibilidade E123

CATEGORIA	SUB - CATEGORIA	FREQ. U. E.	UNIDADES DE REGISTO
Atributos que os Enfermeiros Desejam Ver no Supervisor	Acessibilidade	8	<ul style="list-style-type: none"> -Acessibilidade E10 -Acessível E15 -Acessível E19 -Acessibilidade E21 -Acessível E39 -Acessível E127 -Acessível E130 -Acessibilidade E164
	Compreensão	9	<ul style="list-style-type: none"> -Compreensivo E16 -Compreender E30 -Compreensivo E31 -Compreensivo E32 -Compreensão E53 -Compreensivo E55 -Compreensivo E98 -Compreensivo 123 -Compreensivo 151
Formação do Supervisor	Formação Específica	4	<ul style="list-style-type: none"> -Formação E8 -Formação específica E12 -Formação específica na área E29 -Profissional com formação na área E149
	Desejo de ver o Supervisor como um ser Competente	3	<ul style="list-style-type: none"> -Ter sabedoria, conhecimentos E9 -Esclarecido E47 -Informado, Esclarecido E72
	Competência Observada no Supervisor	16	<ul style="list-style-type: none"> -Competente E16 -Competências em supervisão E24 -Competências relacionais E27 -Competência profissional E35 -Muito competente E38 -Competente E42 -Competente E45 -Competente E93 -Competente como enfermeiro e supervisor E126

CATEGORIA	SUB - CATEGORIA	FREQ. U. E.	UNIDADES DE REGISTO
Formação do Supervisor	Competência Observada no Supervisor	16	<ul style="list-style-type: none"> -Competente E136 -Competência E149 -Ter conhecimentos E161 -Ser competente E171 -Competência E176 -Ter conhecimentos E173 -Competência E180
Capacidade de Liderança	Área de Gestão	7	<ul style="list-style-type: none"> -Capacidade de gestão E8 -Espírito de liderança E23 -Capacidade de liderança E34 -Ter capacidade de líder E83 -Liderança E102 -Ser um líder E27 -Líder por natureza E159
	Área de Moderação de Conflitos	5	<ul style="list-style-type: none"> -Atenuador de conflitos E17 -Gestão de conflitos E 27 -Gestão de conflitos E30 -Bom gestor de conflitos E159 -Saber gerir conflitos E161
Capacidade de Comunicação e Relacionamento	Desejo que o Supervisor seja um bom Comunicador	8	<ul style="list-style-type: none"> -Capacidade de comunicação E27 -Preservar (...) diálogo E28 -Comunicativo E39 -Saber dialogar E101 -Saber comunicar E152 -Ser bom comunicador E161 -Boa comunicação E180 -Ser comunicativo E183
	Competência Comunicacional	4	<ul style="list-style-type: none"> -Assertivo E45 -Assertividade E58 -Assertivo E60 -Assertivo E135

CATEGORIA	SUB - CATEGORIA	FREQ. U. E.	UNIDADES DE REGISTO
Atitudes do Supervisor	Formativas	5	<ul style="list-style-type: none"> -Incentivar a reflexão pessoal e profissional E30 -Contribuir para o desenvolvimento profissional e pessoal do enfermeiro E46 -Mostrar confiança nos colegas E116 -Ter uma relação de maior proximidade E178 -Reforçar os aspectos positivos E90